

.....  
miejsowość, dnia

.....  
nazwa zakładu ubezpieczeń

### DYSPOZYCJA ZWROTU SKŁADKI

.....  
Ubezpieczający: imię i nazwisko / nazwa Firmy

.....  
adres

.....  
Numer polisy

**Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia proszę przekazać na podany numer rachunku bankowego:**

.....  
Podpis