.....
imię i nazwisko

.....
ulica, nr domu, nr lokalu

.....
kod pocztowy, miasto

.....
nr telefonu, adres e-mail

.....
PESEL

.....
data, miejscowość

Eins Polska Sp. z o.o.

Puławska 543
02-844 Warszawa

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Numer polisy **EUROINS**:……

Wnoszę o zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej przelewem na numer rachunku bankowego:

.....
nazwa banku

.....
właściciel rachunku

.....
data i własnoręczny podpis