

WNIOSEK O REFUNDACJĘ OPŁACONEJ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE POJAZDÓW SAMOCHODOWYCH (OC/AC)

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli jesteś inwalidą wojennym lub wojskowym i starasz się o refundację opłaconej składki na:
– obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów samochodowych (OC),
– dobrowolne ubezpieczenie casco pojazdów samochodowych (AC).

Zanim wypełnisz formularz, zapoznaj się z dołączoną do niego Informacją.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

Dane wnioskodawcy

PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie masz nadanego numeru PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

Adres zameldowania na pobyt stały

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		

Aktualny adres zamieszkania

Podaj, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały w Polsce

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski		

Adres do korespondencji

Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Gmina/ dzielnica	<input type="text"/>		
Nazwa państwa	<input type="text"/>		

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Zakres wniosku

Wnoszę o przyznanie refundacji opłaconej składki:

- na obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów samochodowych (OC)
- na dobrowolne ubezpieczenie casco pojazdów samochodowych (AC)

Oświadczenie wnioskodawcy

1. Mam przyznaną rentę inwalidy wojennego/ wojskowego

TAK NIE

Jeśli TAK, podaj jednostkę ZUS, która wypłaca świadczenie, oraz numer świadczenia

2. Mam przyznane świadczenie emerytalno-rentowe przez inną instytucję niż ZUS

TAK NIE

Jeśli TAK, podaj nazwę i adres instytucji oraz numer świadczenia

3. Oświadczam, że:

- nie wykorzystuję pojazdu samochodowego do zarobkowego przewozu
- zobowiązuję się powiadomić ZUS na piśmie w terminie do 14 dni o dokonaniu przez ubezpieczyciela zwrotu składki, wraz ze wskazaniem jej wysokości i okresu, za jaki ubezpieczyciel dokonał zwrotu składki
- nie korzystam korzystam – ze zniżki lub ulgi w zakresie składek na ubezpieczenia OC/AC na podstawie innych przepisów obowiązujących do 31 grudnia 2002 r. – na inny pojazd samochodowy na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej w dniu

dd / mm / rrrr

na okres od

dd / mm / rrrr

do

dd / mm / rrrr

