

.....  
imię i nazwisko

.....  
data, miejscowość

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

.....  
kod pocztowy, miasto

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

.....  
PESEL

**TUZ TUW**

**Departament Obsługi i Sprzedaży Bezpośredniej**

ul. Domaniewska 41

02 – 672 Warszawa

**WNIOSEK O ZAŚWIADCZENIE O PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA**

Dotyczy:           Seria i numer polisy: .....

                          Nr rejestracyjny: .....

Proszę o przestanie zaświadczania o przebiegu ubezpieczenia  OC  AC w TUZ TUW na\*:

adres poczty elektronicznej:

.....

adres korespondencyjny:

.....

ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miasto

\*zaznacz właściwą odpowiedź

.....  
podpis

**Wybierz dogodną drogę przesłania wniosku:**

- za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres skrzynki e-mail [bok@tuz.pl](mailto:bok@tuz.pl)
- korespondencyjnie na wskazany powyżej adres pocztowy