…….……………………, dnia …………………………..

………………………………………….……………

(Imię i nazwisko)

……………………………………………….………

(Adres zamieszkania)

………………………………………………………

(Telefon)

**Agencja Ubezpieczeniowa SPINKA**

**przy Stowarzyszeniu Pomocy
Niepełnosprawnym Kierowcom SPiNKa w Warszawie**

**DEKLARACJA UBEZPIECZENIA**

Ja niżej podpisany oświadczam, że dobrowolnie deklaruję zawrzeć polisę ubezpieczeniową komunikacyjną na mój samochód z Agencją Ubezpieczeniową SPINKA /Towarzystwo Ubezpieczeniowe PZU S.A./.

 **………………………………………………………..**