

Ακύρωση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

- Κλάδος
- Αρ. Ασφαλιστηρίου
- Ασφαλιζόμενος

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η
δηλώνω ότι επιθυμώ την διακοπή της ασφαλιστικής κάλυψης και την ακύρωση του ασφαλιστηρίου με τον
παραπάνω αναγραφόμενο αριθμό από την ημερομηνία

Αιτιολογία ακύρωσης

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

Ημερομηνία

ΥΠΟΓΡΑΦΗ