

Αίτηση Ακύρωσης Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου Αυτοκινήτου

Αριθμός Συμβολαίου: _____ Αριθμός Απόδειξης: _____

Αριθμός Κυκλοφορίας: _____ Ασφαλισμένος (Ιδιοκτήτης): _____

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____
δηλώνω ότι, επιθυμώ την ακύρωση του ως άνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου, από την ημερομηνία /...../ 20.....
και την επιστροφή των μη δεδουλευμένων ασφαλιστρών.

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου - Υπογραφή

Λόγος Ακύρωσης

Βεβαίωση Συνεργάτη

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____ ασφαλιστικός διαμεσολαβητής, δια της παρούσης, βεβαιώνω ότι ο/η _____ υπέγραψε ενώπιόν μου ο ίδιος / η ίδια, και δήλωσε ότι επιθυμεί την ακύρωση του ασφαλιστηρίου του.

Παρακαλούμε σημειώστε ότι είναι απαραίτητη η συμπλήρωση όλων των παραπάνω στοιχείων

Συνημμένα

- Άδεια Κυκλοφορίας
- Βεβαίωση Ακινήσιαις
- Πιστοποιητικό Καταστροφής
- Άλλο

Πόλη..... Ημερομηνία /..... /.....

Υπογραφή Ασφαλιζόμενου

Υπογραφή Συνεργάτη
