

Lūgums izbeigt apdrošināšanas līgumu

Pieteikuma aizpildīšanas datums:

Apdrošinātā vārds un uzvārds

Apdrošinātā personas kods

Apdrošinātā adrese

Apdrošinātā tālr. nr., e-pasta adrese

Ar šo lūgumu es lūdzu anulēt apdrošināšanas polisi no .
Sērija, numurs Datums

Apdrošinātā paraksts: _____