

ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ
MOTOR INSURANCE POLICY CANCELLATION FORM

Ασφαλιστική Εταιρεία
Insurance Company

Αρ. Συμβολαίου
Policy Number

Ημερομηνία Έναρξης
Starting Date

Ημερομηνία Λήξης
Expiration Date

Όνοματεπώνυμο Κατόχου Συμβολαίου
Name of the Policyholder

Αρ. Ταυτότητας Κατόχου Συμβολαίου
Policyholder's ID Number

Αριθμός Εγγραφής Οχήματος
Vehicle Registration Number.....

Με τη δήλωση αυτή ζητώ από την Ασφαλιστική Εταιρεία να ακυρώσει το πιο πάνω συμβόλαιο μου
With this declaration I hereby ask the Insurance Company to cancel my above mentioned policy

Λόγοι Ακύρωσης Συμβολαίου/ Reasons for Cancellation

Η οδήγηση Μηχανοκίνητου Οχήματος χωρίς ασφάλεια αποτελεί ποινικό αδίκημα.

Driving a Vehicle without having insured is a criminal offense.

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Κατόχου Ασφαλιστηρίου
Name, ID No. & Signature of Policyholder

Ημερομηνία Ακύρωσης
Date of Cancellation