CERERE DE REZILIERE CONTRACT DE ASIGURARE

Nr. ☐☐☐☐☐☐☐ din ziua ☐☐ luna ☐☐ anul ☐☐☐☐

Domnule Director Executiv *

Subsemnatul(a) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cod Personal de Asigurari Sociale(C.N.P.) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ,

solicit rezilierea Contractului de Asigurare nr. : ☐☐☐☐☐☐☐ ,

din ziua ☐☐ , luna ☐☐ , anul ☐☐☐☐ , incepand cu

data de : ziua ☐☐ , luna ☐☐ , anul ☐☐☐☐ .

Data: Semnatura Asigurat

*)se completeaza numai in cazul rezilierii contractului de asigurare sociala