

Remetente

Nome: _____

Morada: _____

Código postal: _____ - _____

Localidade: _____

À Companhia de Seguros:

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Localidade: _____

_____, ____ de _____ de _____

Assunto: Anulação de apólice.

Exmos. Senhores,

Solicita-se a anulação da apólice n.º _____, do ramo _____, a contar do dia
____/____/_____.

Sem outro assunto de momento,
