

FELMONDÁSI NYILATKOZAT

Tisztelt Biztosító!

Alulírott.....(név)

.....(cím),

a.....Biztosító társasággal kötött,

kötelező gépjármű-felelősségbiztosítás módozatú,

.....rendszerű,

.....kötvényszámú

biztosításomat, **20.....évhónap** dátummal

a törvényi előírásoknak és a módozat biztosítási feltételeinek megfelelően megkívánom szüntetni, az esedékes biztosítási díjat eddig az időpontig rendezem.

A megszűnés oka: **Évfordulóra történő rendes felmondás**

Tudomásul veszem, hogy az évfordulóra történő felmondás csak abban az esetben érvényes, ha az 30 nappal az évforduló előtt írásban a biztosító tudomására jutott.

Kelt:.....

.....

aláírás