

ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

(βάσει του Άρθρου 8 παραγράφου 3 του Ν.2496/1997 και του Άρθρου 153 του Ν.4364/2016)

ΠΡΟΣ ΤΗΝ



ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260

24ωρη τηλεφωνική γραμμή χωρίς χρέωση, από όλα τα κινητά τηλέφωνα για

11.555

ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

www.intersalonika.gr • e-mail: life@intersalonika.gr

Μ.Α.Ε. 18197/05/Β/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

Σας δηλώνω την υπαναχώρησή μου από τη σύναψη της ασφάλισης, με βάση το ασφαλιστήριο με αριθμ. _____ που μου παραδώσατε.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Σημείωση: Σύμφωνα με τον νόμο, η παρούσα υποβάλλεται εντός 30 ημερών.

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

Ημερομηνία _____

(Υπογραφή)