

En _____, a _____ de _____ de 2024

Compañía de Seguros:

Nombre Tomador:

Número de DNI/PASAPORTE/NIE:

Nº de Póliza:

Muy Sres. míos:

Por la presente, pongo en su conocimiento mi deseo de no prorrogar la póliza de _____, suscrita con ustedes y con vencimiento a fecha _____, cumpliendo para ello el plazo de previo de un mes según el artículo 22 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

Reciban un cordial saludo,

Firma:

(Adjuntar fotocopia del DNI del tomador)