|  |  |
| --- | --- |
| **De** |  |
|  |  |
|  |  |
| **Nome** |
|  |  |
| **Rua** |
|  |  |
| **Localidade** |
| **Para a Companhia de Seguros:** **À Atenção de TopClasse Seguros** |  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Pedido de Revalidação de Apólice** |
| **Nº 123456789**  |  |
|  |

 |
|

**Exmos Senhores**

**Solicito a revalidação da minha apólice acima indicada e declaro que não houve qualquer sinistro até esta data.**

**Valor já liquidado:**

**Anexo justificativo do pagamento.**

**6 de junho de 2018**

**Atentamente**