

_____ (прізвище, ім'я, по батькові клієнта)
Місце реєстрації _____

ЗАЯВА

на припинення дії Договору добровільного страхування фінансових ризиків
(Програма «Flash protect 12 міс»)

Я, Страхувальник:**Заповнюється Страхувальником**

ПІБ повністю	_____												
Договір добровільного страхування фінансових ризиків (Програма «Flash protect 12 міс»)	№ _____	від «__» ____ 20__ р.											
Дата народження	від «__» ____ р.	ПІН (реєстраційний номер облікової картки платника податків):	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії № _____ від «__» _____ р. назва документа дата видачі виданий _____ назва органу, який видав документ												
Адреса для листування	_____ Індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира												
Контактна інформація	Мобільний телефон: _____	Домашній телефон: _____	E-mail: _____										
Реквізити рахунка для переказу коштів	р/р _____	Банк _____	МФО _____ Код ЄДРПОУ _____										
Документи, що додаються до заяви	<input type="checkbox"/> Договір страхування <input type="checkbox"/> Копія ПІН <input type="checkbox"/> Копія паспорту <input type="checkbox"/> Додаткова угода												
	Інші документи: _____ _____												

Прошу з _____ р. припинити дію зазначеного Договору страхування у зв'язку з _____ та повернути сплачений мною за даним Договором страхування страховий платіж (частину страхового платежу) за реквізитами вищевказаного рахунка для переказу коштів.

Я, розумію та погоджуюсь з тим, що на цю заяву ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ» (в особі представника), надав мені повну та вичерпну інформацію, в т.ч. щодо вирішення мого питання, внаслідок чого я від письмової відповіді відмовляюсь.

«__» _____ 20__ року

_____ (підпис)