

Страховальника _____

ЗАЯВА
на припинення дії КОМПЛЕКСНОГО ДОГОВОРУ ДОБРОВІЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ВІД
НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ ТА СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я НА ВИПАДОК ХВОРОБИ
("ЗДОРОВ'Я")

Я, Страховальник:

Заповнюється Страховальником													
Договір добровільного страхування		№ _____	від «__» _____ 20__ р.										
ПІБ повністю													
Дата народження	від «__» _____ 20__ р.	ІПН (Реєстраційний номер облікової картки платника податків):	<table border="1"><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. <small>назва документа</small> <small>дата видачі</small> виданий _____ <small>назва органу, який видає документ</small>												
Адреса для листування	_____ <small>Індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира</small>												
Контактна інформація	Мобільний телефон:	Домашній телефон:	E-mail:										
	_____	_____	_____										
Рахунок для повернення коштів (за необхідності)	р/р _____	Банк _____	МФО _____										
	к/р _____		ЄДРПОУ _____										

Прошу з _____ р. припинити дію зазначеного Договору добровільного страхування та повернути сплачену мною за даним Договором добровільного страхування страхову премію/частину страхової премії за вказаними в цій Заяві реквізитами рахунка.

«__» _____ 20__ року

_____ підпис Страховальника