

Генеральному директору, председателю Правления,
Гальперину Геннадию Ароновичу

Заявление
о расторжении (досрочном прекращении) / признании договора страхования незаключенным

№ _____ от _____ г.

(номер договора страхования)

Я,

(ФИО полностью)

Дата рождения: ____ / ____ / ____ г. ИНН: _____

Гражданство: _____ Резидент/Нерезидент: (при наличии) Р Е З И Д Е Н Т

Адрес: Индекс: _____ Страна: _____

Область/Край: _____

Город/Населенный пункт: _____

Улица: _____

Дом: _____ Корпус: - - - Квартира: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ Дата выдачи: ____ / ____ / ____ г.

(кем выдан)

Моб. телефон: (_____) _____ Дом. телефон: (_____) _____

E-mail: _____

ПРОШУ

Досрочно расторгнуть (прекратить) действие Договора страхования в связи с моим отказом от Договора страхования.

№ _____ от _____ г.

Приложение (документы):

- _____
- _____

Прошу перечислить подлежащую возврату страховую премию (согласно п.6 настоящего договора) в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения настоящего заявления по следующим реквизитам:

Банк получателя:

Дата: ____ / ____ / ____ г. _____ / _____ / _____

Подпись Заявителя

(Фамилия, инициалы)