

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ СТРАХОВОЙ ЗАЩИТЫ

Настоящее заявление заполняет страхователь или его уполномоченный представитель.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия/ Личный код/
Название Рег. код

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Если заявление заполняет уполномоченный представитель страхователя, ниже следует указать имя и фамилию представителя. К настоящему заявлению просим приложить доверенность и копию документа, удостоверяющего личность представителя.

Страховой полис № 70-5 _____

Настоящим желаю с _____ прекратить следующие виды страховой защиты своего договора страхования.
День, месяц, год

Основное страхование

При прекращении основного страхования подлежат прекращению все действующие дополнительные виды страхования

Дополнительные виды страхования

Страхование от несчастного случая	Лицо 1	Лицо 2
Возмещение по инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Возмещение в связи со смертным случаем	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Суточные деньги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Больничные суточные	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дополнительное страхование больничных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дополнительное страхование нетрудоспособности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Сумму, выплачиваемую при прекращении основного страхования, прошу перевести на расчетный счет №

Владелец расчетного счета _____
Имя и фамилия / название фирмы страхователя

К заявлению прилагаю копию документа, удостоверяющего личность страхователя.

Мне известно, что существующие договоры о постоянном или прямом платежном поручении с банком следует прекратить или изменить.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Имя и фамилия _____

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____