

## 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 \_\_\_\_\_