

Заявление о досрочном прекращении договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней "Период охлаждения"

В страховую компанию: _____

Название страховой компании

Адрес: _____

от: _____

Фамилии Имени Отчества

Адрес для направления ответа: _____

Контактный телефон: _____

Заявление

Фамилия Страхователя

Имя Страхователя

Отчество Страхователя

Почтовый адрес

Телефон +7 () - - -

Заявление о досрочном прекращении договора страхования

1. Прошу досрочно прекратить договор (полис):

серия

№

от . . г.

по причине отказа от договора по инициативе Страхователя.

2. Уплаченную страховую премию по Договору в полном размере за вычетом части, пропорциональной сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования, прошу вернуть:

Фамилия Получателя

Имя Получателя

Отчество Получателя

Документ, удостоверяющий личность получателя

Серия

Серия документа

Номер

Номер документа

Дата . . г.

Дата выдачи документа

Кем выдан

Путём:

☐ безналичного перечисления по следующим реквизитам:

БИК		р/сч	
-----	--	------	--

[illegible]

☐ выплаты наличными денежными средствами из кассы.

Страхователь _____ (_____)
Подпись _____ Фамилия, И.О. _____

Представитель по доверенности от [] . [] . [][][][] г. № [][][][][][][][][][][][][][][]

Заявление принял (а) _____ (_____)
Подпись _____ Фамилия, И. О. _____

,

 ,

 г.

 ч.

 мин.