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

Фамилия Страхователя

Имя Страхователя

Отчество Страхователя

Мобильный телефон Страхователя

E-mail Страхователя

Почтовый адрес

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 Дата . . г.

Номер документа Дата выдачи документа

Кем выдан

путём

☐ безналичного перечисления по следующим реквизитам:

БИК р/сч

л/счёт или номер карты

☐ выплаты наличными денежными средствами из кассы.

Настоящим подтверждаю достоверность персональных данных, указанных в заявлении.
Я уведомлен, что предоставление некорректных, в том числе не принадлежащих мне, персональных данных может повлечь признание заявления недействительным, а также привлечение к юридической ответственности за нарушение действующего законодательства РФ

Страхователь _____ (_____)

Подпись Фамилия, И.О.

Представитель по доверенности от . . г. №

Заявление принял (а) _____ (_____)

Подпись Фамилия, И.О.

. . 2 0 1 г. ч. мин.