

Заявление

о расторжении (досрочном прекращении) / признании договора страхования незаключенным

№ от г.
(номер договора страхования)

Я,
(ФИО полностью)

Дата рождения / / г. ИНН:
(при наличии)

Гражданство Резидент/Нерезидент:

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:

Примечания по заполнению заявления:

Примечание 1. Отмечается только один вариант причины расторжения (досрочного прекращения) договора страхования. Заявление с двумя и более отмеченными вариантами ответов является недействительным вследствие невозможности определения волеизъявления Заявителя.

Примечание 2. В случае обращения Заявителя с заявлением о признании договора страхования незаключенным по причине наличия каких-либо ограничений, установленных Договором страхования/ Правилами страхования/ Полисными условиями, Заявитель обязуется предоставить (приложить к заявлению) надлежащим образом удостоверенные документы, подтверждающие наличие каких-либо ограничений на момент подписания Договора страхования.

прошу:

Досрочно расторгнуть (прекратить) действие Договора страхования в связи с моим отказом от Договора страхования.
№ от г.

Считать Договор страхования незаключенным по причине наличия на момент подписания Договора страхования ограничений, установленных Договором страхования / Правилами страхования/ Полисными условиями (документы прилагаю).
№ от г.

Досрочно расторгнуть (прекратить) Договор страхования по следующим причинам (согласно прилагаемым документам):
№ от г.

Приложение (документы):

1. _____
2. _____
3. _____



Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством работы/ обслуживания

ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на следующий адрес электронной почты (e-mail адрес):

и/или через направление sms-сообщения (смс-сообщения)

на следующий номер телефона: ()

Дата / / г. _____ / _____
Подпись Заявителя (Фамилия, инициалы)