

**ЗАЯВЛЕНИЕ
об отказе от Договора страхования**

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе – Страхователе:

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Код подразделения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт
Гражданство	<input type="text"/>	серия	<input type="text"/>
№	<input type="text"/>		
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (если имеется)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	Подтверждаю, что страховая премия оплачена.
<input type="checkbox"/>	Подтверждаю, что с даты начала действия Договора до подписания настоящего Заявления страховых случаев со мной не происходило.

Уплаченную мной страховую премию, прошу перечислить на счет открытый в Банке АО «Кредит Европа Банк»:

Расчетный счет:

К заявлению прилагаю:

- Копия Договора страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);

(подпись)

(ФИО Страхователя)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

Вх.№ _____ - _____ /201__ от _____.20__ г.	Заявка № _____
ФИО Сотрудника: _____	
Должность / Представитель Страховщика _____	Подпись: _____