



в ООО МКК ПЛАТИНОВЫЕ ДЕНЬГИ

от (ФИО) _____

адрес проживания (с индексом): _____

контактный телефон: _____

электронная почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Настоящим я, _____
полностью фамилия, имя, отчество застрахованного

паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан

отказываюсь от услуги страхования по Заявлению о включении в список застрахованных № по Договору добровольного коллективного страхования № _____

(вид страхования, номер и дата включения в Список застрахованных)

Прошу исключить меня из Списка застрахованных

Страховая премия по услуге подлежит возврату в случае, если застрахованный потребовал исключения из Списка застрахованных в течение 14 календарных дней с момента его подписания.

В случае моего требования об исключении из Списка застрахованных в течение 14 календарных дней с момента его заключения также прошу вернуть мне страховую премию (отметьте вариант):

наличными деньгами из кассы Страхователя

безналичным перечислением по следующим банковским реквизитам:

Ф.И.О.																	
Наименование																	
БИК банка																	
ИНН банка																	
К/с банка																	
Расчетный счет																	
Личный / картсчет																	

* указываются банковские реквизиты Застрахованного

Я сознательно прошу исключить меня из Списка Застрахованных и принимаю все финансовые потери при наступлении страхового события на себя.

Подпись Застрахованного _____

Ф.И.О. Застрахованного (полностью) _____

Дата: "....." 202.... г.

К настоящему заявлению прилагаю следующие документы :

1. Копию моего паспорта.
2. Копию заявления о включении в Список застрахованных