



в ООО "МКК ПЛАТИНОВЫЕ ДЕНЬГИ"  
Генеральному директору Карнауковой Марине Юрьевне  
от (ФИО) \_\_\_\_\_  
адрес проживания (с индексом): \_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_  
электронная почта: \_\_\_\_\_

### Заявление

Настоящим я, \_\_\_\_\_  
полностью фамилия, имя, отчество застрахованного

отказываюсь от услуги страхования по Заявлению о включении в список застрахованных № по Договору добровольного коллективного  
паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан  
(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**  
В случае моего требования об исключении из Списка застрахованных в течение 14 календарных дней с момента его заключения также прошу вернуть мне страховую премию  
 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:

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