

**ЗАЯВА СТРАХУВАЛЬНИКА НА ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ  
(в термін, який перевищує 30 календарних днів від дати укладання договору)**

ПрАТ «МетЛайф»

від \_\_\_\_\_

РНОКПП: \_\_\_\_\_

паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

**Заява**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ПІБ)

Страховальник за Договором Страхування № \_\_\_\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р., (далі - Договір Страхування), укладеним з ПрАТ «МетЛайф», прошу достроково припинити дію Договору Страхування.

Мене повідомлено про те, що у разі дострокового припинення дії Договору Страхування, Страховальнику у строк 10 (робочих) днів з дня отримання цієї заяви повертається Страховий Платіж за період, що залишився до закінчення оплаченого Періоду Страхування (до настання строку сплати чергового Страхового Платежу) або строку дії Договору Страхування, з вирахуванням частки витрат – 20%, пов'язаних безпосередньо з укладенням і виконанням цього Договору Страхування, та фактичних Страхових Виплат, що були здійснені за цим Договором Страхування.

IBAN UA \_\_\_\_\_

РНОКПП \_\_\_\_\_

ПІБ Отримувача \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
Підпис Страховальника