

**ЗАЯВА СТРАХУВАЛЬНИКА ПРО ВІДМОВУ ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ
(протягом 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», відмовляюся від Договору Страхування.

Страховий платіж у розмірі _____ грн. (_____ грн.) прошу перерахувати на
наступні реквізити:

ІВАН UA _____

РНОКПП _____

ПІБ Отримувача _____

Копія документа, який посвідчує особу Заявника, копія Страхового Поліса (Індивідуальної
частини) додаються.

Дата «__» _____ 20__ р.

Підпис Страховальника