

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:

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

РНОКПП \_\_\_\_\_

ПІБ Отримувача \_\_\_\_\_

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

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
Підпис Страховальника