



Страховання
життя

Додаток 7
до Інструкції про порядок внесення змін
до діючих договорів добровільного страхування життя
за ініціативою Страховальників – фізичних осіб

(припинення додаткового страхування)

Приватне акціонерне товариство "Страхова компанія "ПЗУ Україна страхування життя"
Центральний офіс

З А Я В А
про внесення змін до діючого
Договору добровільного страхування життя

Я, Страховальник:

Заповнюється Страховальником			
Договір добровільного страхування життя	№ _____	від «__» _____	20__ р.
ПІБ повністю	_____		
Дата народження	«__» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний) номер	<input type="text"/>
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії _____ № _____ від «__» _____ р. <small>назва документа</small> <small>дата видачі</small>		
Адреса ¹	_____ <small>назва органу, який видав документ</small>		
	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</small>		

¹ Місце проживання відповідно до паспорта або документа, що його замінює

прошу з «__» _____ 20__ р. достроково припинити дію додаткового страхування, а саме:

№ з/п	Назва додаткового страхування	Розмір	
		страхової суми	страхового внеску
1.			
2.			
3.			

З достроковим припиненням дії додаткового страхування погоджуюсь,
Застрахована особа

_____ Підпис

_____ Прізвище ініціали

Додатково повідомляю адресу для отримання кореспонденції та контактні телефони:

Адреса для отримання кореспонденції	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</small>		
Контактний телефон	8(____) _____, 8(____) _____	Електронна адреса	_____@_____

«__» _____ 20__ р.

_____ Підпис Страховальника

Відмітка про отримання Заяви:

Заяву отримав	Прізвище, ініціали (посада відповід.прац.)	Дата отримання	Підпис	Заяву надіслано до Центрального офісу	
				Дата	Підпис
Повірений					
Регіональна агенція у _____					