ТДВ «СК «ГЛІ»
вул. Кирилівська, буд. 160Б, оф. 40, м. Київ, 04073
+38 044 222 69 39
www.gli.com.ua, info@gli.com.ua

Від Страхувальника:

ПІБ _____

Адреса для листування _____

Телефон _____

Заява на дострокове припинення дії
Договору (-ів) добровільного страхування життя

№ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(номер Договору за основною програмою)

№ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(номер Договору за додатковою програмою (за наявності))

Прошу достроково припинити дію Договору (-ів) протягом 30 календарних днів з дати реєстрації цієї заяви.
Я усвідомлюю, що Договір (-ори) не підлягатиме (-уть) поновленню.
Якщо за Договором (-ами) є викупна сума, прошу здійснити її виплату наступник чином:

☐ перерахувати за банківськими реквізитами;

☐ зарахувати як сплату за Договором № ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Мені відомо, що викупна сума підлягає оподаткуванню відповідно до чинного законодавства України.

До заяви додаю:
копії паспорта та РНОКПП;
(Власник документу на кожній сторінці копії документу повинен зробити напис: «Згідно з оригіналом», вказати дату, свої ініціали та прізвище, та поставити власний підпис.)

☐ *реквізити банківського рахунку в гривні (наявність IBAN обов'язкова);*

☐ *оригінал Договору (-ів)/Полісу (-ів) (рекомендовано).*

☐ **Письмову відповідь на цю заяву та всю подальшу кореспонденцію бажаю отримувати в електронному вигляді на мою електронну пошту, що міститься в базі даних Страховика.**

*Страхувальник дає згоду на використання Страховиком факсимільного відтворення підпису Страховика (його уповноваженої особи) та відтиску його печатки за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання як аналога власноручних підпису та відтиску печатки. З Договором-пропозицією про використання факсимільного відтворення підпису ознайомився на сайті Страховика gli.com.ua.

Страхувальник:

☐ Я є національним або іноземним публічним діячем чи діячем, що виконує політичні функції в міжнародних організаціях, або пов'язаною з ними особою.
Заповнений опитувальник додаю.

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Застрахована особа (батьки/піклувальники/опікуни Застрахованої особи, якщо вона є неповнолітньою): «Із запропонованими змінами згоден(-на)»

_____ / _____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:
☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐