

ЗАЯВЛЕНИЕ
О досрочном расторжении договора страхования

Я, _____
(Ф.И.О. Страхователя)

« ____ » _____ года рождения Паспорт серия _____ № _____
выдан _____

« ____ » _____ года, являющийся Страхователем по Договору страхования
№ _____ от « ____ » _____
20 _____ года, отказываюсь от страхования.

Подпись Страхователя

Расшифровка подписи

« ____ » _____ 20 _____ г.

