

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ СТРАХОВОГО ПЕРИОДА

Страховщик ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal.

ПРЕДЪЯВИТЕЛЬ ХОДАТАЙСТВА (выгодоприобретатель по окончании периода страхования)

Имя и фамилия _____

Личный код _____

Место рождения _____ Гражданство _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Являюсь политически значимым лицом Да Нет Налоговое резидентство _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Являюсь политически значимым лицом Да Нет Налоговое резидентство _____

Страховой полис № 70-5 _____ - _____

В связи с окончанием срока страхования прошу выплатить мне страховое возмещение

Желаю получить страховое возмещение в соответствии с условиями, оговоренными в договоре
 однократной выплатой

Приложения к ходатайству о возмещении Копия документа, удостоверяющего личность заявителя ходатайства

Прошу перевести деньги на расчетный счет №

Банк _____ Владелец расчетного счета _____
Имя и фамилия

Подтверждаю, что данные, представленные мной, являются верными и полными. Мне известно, что в случае пенсионного страхования страховщик имеет право контролировать, живо ли застрахованное лицо перед производством очередной выплаты.

ПРЕДЪЯВИТЕЛЬ ХОДАТАЙСТВА

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____