Эстонский филиал ERGO Life Insurance SE
Вескипости 2/1, 10138 Таллинн
Код в регистре 12025488

Тел.: 610 6677
elukindlustus@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ ИЛИ ОТСТУПЛЕНИИ ОТ ДОГОВОРА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Адрес _____
Улица, № дома, № квартиры (хутор, деревня), почтовый индекс, город или волость

Эл. почта _____ Телефон _____

Желаю _____
начиная с (дд.мм.гг)

☐ **Прекратить (причина)** _____

☐ **Отступиться от договора (причина)** _____

Страховой полис №: _____

Неиспользованный страховой взнос, предоплаченный мной за страховой период, прошу перевести на

Расчетный счет №: _____

Внимание! Владелец расчетного счета должен быть страхователем согласно страховому полису.

Для перевода страхового платежа обратно третьему лицу необходимо отправить в ERGO Life Insurance SE подписанное согласие третьего лица — страхователя и владельца расчетного счета.

Страхователь:

_____
Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

Принявший заявление:

_____
Принявший заявление:

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____