

В общество с ограниченной ответственностью Микрофинансовая компания «КарМани»
119019, г. Москва, ул. Воздвиженка, д. 9, стр. 2, пом. 1

От

фамилия, имя, отчество

серия, номер паспорта

орган, выдавший паспорт, дата выдачи

индекс, адрес регистрации

зарегистрированный номер

зарегистрированный электронный почтовый адрес

Заявление об исключении из списка застрахованных лиц

Настоящим отказываюсь от услуги, в результате оказания которой я являюсь застрахованным лицом по договору добровольного коллективного страхования.

Прошу исключить меня из числа застрахованных лиц по указанному договору добровольного коллективного страхования.

Сумма, уплаченная за услугу, в результате оказания которой физическое лицо становится застрахованным по договору добровольного коллективного страхования, подлежит возврату при совокупности следующих условий: 1) Договор добровольного коллективного страхования является договором личного страхования или содержит в себе элементы договора личного страхования.

2) Физическое лицо потребовало исключения его из числа застрахованных лиц в течение 14 календарных дней со дня выражения им согласия на получения услуги, в результате оказания которой оно становится застрахованным по договору добровольного коллективного страхования.

В случае моего требования об исключении из числа застрахованных лиц с соблюдением вышеуказанных условий прошу вернуть мне сумму, уплаченную за услугу, в результате оказания которой я являюсь застрахованным лицом по договору коллективного страхования, безналичным перечислением по следующим банковским реквизитам:

Ф.И.О. застрахованного

Наименование банка

БИК банка

ИНН / КПП банка

Кор/счёт банка

Номер счёта

Я сознательно прошу исключить меня из списка застрахованных лиц и принимаю все финансовые потери при наступлении страхового события на себя.

подпись фамилия, имя, отчество

дата