

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 прошу исключить меня из списка застрахованных лиц по договору добровольного коллективного страхования в связи с полным досрочным исполнением обязательств по договору микрозайма № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г. Денежные средства в сумме, равной размеру страховой премии, уплачиваемой страхователем страховщику по договору добровольного коллективного страхования в отношении заёмщика, за вычетом части денежных средств, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого заёмщик являлся застрахованным лицом по договору добровольного коллективного страхования, подлежат возврату при совокупности следующих условий:

- 1) Договор добровольного коллективного страхования является договором личного страхования или содержит в себе элементы договора личного страхования.
- 2) Заёмщик полностью исполнил обязательства по договору микрозайма, в обеспечение обязательств по которому был включён в список застрахованных лиц, и потребовал исключения из списка застрахованных лиц. В случае моего требования об исключении меня из списка застрахованных лиц с соблюдением вышеуказанных условий прошу вернуть мне денежные средства в указанном выше размере, 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