

Если у Вас возникнут предложения и отзывы по Качеству нашей работы, пожалуйста обращайтесь:
whatsapp +7 701 053 26 42 email info@euroins.kz телефон +7 727 244 36 80 вн. 1362

Кому: АО «Европейская Страховая Компания»

От: _____

(ФИО, ИИН, адрес проживания Клиента (Страхователя))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас досрочно прекратить действие Страхового Договора № _____ от
« _____ » _____ 20__ г.

Кредит погашен досрочно в полном объеме*: Да Нет (нужное отметить)

и перечислить остаток Страховой премии на мои банковские реквизиты, приложенные к моему
заявлению (если кредит погашен).

Наименование банка: (куда перечислить деньги) _____

Прилагаю к данному заявлению**:

- 1) Копию удостоверения личности;
- 2) Копию выписки банка второго уровня с реквизитами текущего счёта**(если кредит погашен)

* Если на дату подачи заявления кредит не погашен досрочно в полном объеме, возврат
остатка страховой премии осуществляется в счет погашения Вашего кредита.

** Счета, открытые в АО «Казпочта», не принимаются к оплате, так как АО «Казпочта» не
является банком второго уровня.

Подпись Клиента (Страхователя) _____ Дата « _____ » _____ 20__ г.

Подписывая настоящее заявление, Страхователь подтверждает свое согласие на досрочное
прекращение вышеуказанного Страхового Договора и в дальнейшем никаких претензий (включая
порядок досрочного прекращения) к АО «Европейская Страховая Компания» иметь не будет.

Срок рассмотрения заявления составляет 10 рабочих дней со дня получения заявления