

**Тимчасовому виконавчу обов'язків
Голови Правління
АТ «СК «Оранта-Життя»
Єфімову М. А.**

Прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника (повністю) (для фіз. осіб) / назва Страхувальника (для юр. осіб)

адреса (поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт, вулиця, № будинку, № квартири), телефон Страхувальника

Заява

- 1) Прошу **припинити дію Договору** страхування життя № _____ від _____ за програмою _____
(дата укладення договору) (назва програми страхування)
- 2) Причини припинення дії Договору: _____
- 3) Чи можуть бути Вам цікаві інші програми страхування життя: _____

Я шляхом підписання цього тексту надаю згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова компанія «Оранта-Життя» на збір, оброблення та використання інформації про мене з обмеженим доступом (моїх персональних даних) з метою припинення дії Договору/Полісу страхування.

Наведена вище інформація також може надаватись третім особам, які можуть мати безпосереднє відношення до укладання, виконання, розірвання Договору/Полісу страхування та/або отримання страхового відшкодування, а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством.

Дата _____

Підпис _____

До цієї Заяви додаються :

- ✓ Ксерокопія Договору страхування життя;
- ✓ Документи, які підтверджують особу Страхувальника (ксерокопія паспорту, ксерокопія ідентифікаційного коду).