

**Відділ обслуговування клієнтів
ПрАТ «Аліко Україна»**

_____ (ПІБ)

Поліс № _____
телефон дом. _____
телефон моб. _____
телефон роб. _____
e-mail _____
адреса кореспонденції _____

Заява

Прошу внести зміни в мій Договір страхування життя та припинити дію наступних Програм страхування додаткових ризиків:

_____ (Дата)

_____ (Підпис)