

Draudėjas/-a

Asmens/įmonės kodas

Adresas

Telefono Nr.

Uždarajai akcinei draudimo bendrovei

„Seesam Lietuva“

Ulonų g. 2, 08245 Vilnius

Faks. (8 5) 210 2109, seesam@seesam.lt

PRAŠYMAS NUTRAUKTI DRAUDIMO SUTARTĮ*

.....
(data)

Prašau nutraukti draudimo sutartį
(poliso serija ir/arba numeris)

nuom. mėn. dienos, nes.....

.....
(nurodyti priežastį)

Jei už nutrauktą draudimo sutartį yra gražintinas įmokos likutis, prašau (pildykite tik vieną pasirinktį):

1. Gražinti likutį į atsiskaitomąją sąskaitą Nr.

L	T																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Esančią banke.....

nurodant Gavėją

(gavėjo vardas pavardė, asmens kodas/pilnas įmonės pavadinimas, įmonės kodas)

2. Užskaityti likutį draudimo sutarčiai
(poliso serija ir/arba numeris)

kurios draudėjas/-a yra
(vardas pavardė/įmonės pavadinimas)

Draudėjas/-a (atstovas/-ė)
(vardas pavardė parašas)

A.V.

Priedami dokumentai*.....
.....

* Nutraukiant Transporto Priemonių Valdytojų Privalomojo Civilinės Atsakomybės draudimo sutartį, draudėjas privalo gražinti UADB „Seesam Lietuva“ liudijimo bei Žalios Kortelės originalus. Negrąžinus liudijimo bei Žalios Kortelės originalų bus laikoma, kad sutartis nėra nutraukta.