

Medlife Insurance Ltd.
Alpha Business Centre
27 Pindarou Street
3rd Floor, Block B
1060 Nicosia
Cyprus

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УТЕРЕ ПОЛИСА
(данный формуляр требует нотариального
заверения)**

Номер полиса: _____

Имя владельца/бенефициара полиса: _____

Адрес: _____

Я (мы) заявляю(-ем) об утере полиса (причина): _____

Как владелец/бенефициар (ненужное зачеркнуть) вышеуказанного полиса, я (мы) заявляю(-ем), что данный полис больше не считается действительным и обязательства по данному полису Medlife Insurance Ltd передо мной (нами) исчерпаны.

Далее, я (мы) заявляю (-ем), что данный полис не заложен, и никоим образом не может быть использован с целью юридических исков по отношению к страховщику Medlife Insurance Ltd.

Я (мы) обязуюсь(-емся) компенсировать Medlife Insurance Ltd.:

- все убытки, связанные со страховыми выплатами, произведенными без предоставления оригинала полиса;
- а также все убытки, если полис, который был признан недействительным, предоставлен третьим лицом, пытающимся неправомерно им воспользоваться.

Дата рождения застрахованного лица: _____

Дата и место

Подпись владельца/бенефициара полиса