

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОТКЛЮЧЕНИЕ ОТ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ ДЕРЖАТЕЛЕЙ КРЕДИТНЫХ БАНКОВСКИХ КАРТ**

Заявитель   
фамилия, имя, отчество

Паспорт   
серия, номер, кем и когда выдан

Адрес регистрации

Прошу отключить меня от Программы страхования.

Я поручаю АО ЮниКредит Банку (далее - Банк) отменить периодические (ежемесячные) списания сумм платы за участие в Программе страхования с моего счета № , открытого в Банке для расчетов по операциям с использованием кредитной карты.

**Я уведомлен (-а) и согласен (-а), что мое участие в Программе страхования прекращается:**

- с 1 числа текущего месяца, в случае если настоящее Заявление принято Банком до 15 числа текущего месяца;
- с 1 числа месяца, следующего за месяцем подачи настоящего Заявления, в случае если настоящее Заявление принято Банком начиная с 15 числа текущего месяца.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ОТМЕТКИ БАНКА
<div>дата <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div>	<div>Клиентский номер <input type="text"/></div>