*ZD Instinct AD*
*C/ Srebarna, nº 13, Lozenets, C.P. 1407, Sofía*
*office@instinctinsurance.com*

*Teléfono de contacto: 960659510*
*De lunes a viernes de 9 a 17 horas*

***A la Compañía de seguros, Instinct AD***

## *FORMULARIO PARA LA CANCELACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO*

De: ……

*(Nombre, Patronímico, Familia)*

**DNI/NIE:** ……..

Email: ……..…… Teléfono: ……..…..

***Solicito la cancelación de la cobertura del seguro con póliza/certificado Nº..... de la Compañía de seguros, Instinct AD.***

Motivo de la solicitud de cancelación (*por favor, especifique):*

……

……

Proporciono el IBAN para la devolución de la prima del seguro (si corresponde):

……
……

*Declaro que soy consciente de que, a partir de las 00:01 horas del día siguiente al de recepción de la solicitud por parte del asegurador, el contrato de seguro se considerará cancelado, siempre que se cumplan los requisitos del seguro.*

*Declaro que acepto que la correspondencia relacionada con esta solicitud se realice a través de la dirección de correo electrónico indicada anteriormente.*

Fecha: …… **Asegurado**: ……

*(firma)*

Ciudad: ……

*Si necesita información adicional, por favor contáctenos por correo electrónico a:*

*office@instinct-insurance.com*