

ZD Instinct AD  
Sofia, bul. "Jawaharlal Neru" 28,  
Silver center, piso 3  
[office@instinctinsurance.com](mailto:office@instinctinsurance.com)

# instinct

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 N<sup>o</sup>..... 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](mailto:office@instinct-insurance.com)