**დამზღვევის მხრიდან ხელშეკრულებაზე უარის თქმის შესახებ**

**განაცხადის ფორმა**

|  |
| --- |
| **განცხადების მიმღები -** მზღვეველი, სს „სადაზღვევო კომპანია ევროინს ჯორჯია“, სკ: 204491344, ქ. თბილისი, 0162, ი. მოსაშვილის ქ. #24, (+995 32) 2 20 88 88/(+995 32) 2 20 33 33, ელექტრონული მისამართი: euroins@euroins.ge |
| **დამზღვევი - მიუთითეთ სრული სახელი/გვარი/პირადი ნომერი/მისამართი.** |
| **სადაზღვევო პოლისის # -**  |
| **განცხადების შინაარსი - გაცნობებთ, რომ მომხმარებლის უფლების დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად, ვიყენებ ზემოაღნიშნულ სადაზღვევო პოლისსა და იმ ხელშეკრულება/პირობებზე რომელთა საფუძველზეც განხორციელდა აღნიშნული პოლისის გაცემა, უარის თქმის უფლებას.** |
| **დამზღვევის ხელმოწერა** |
| **განცხადების თარიღი - -----/-----/-------** |
| **შენიშვნა:**  |