

ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от договора страхования в «период охлаждения»

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ВСЕ ПОЛЯ ПОДЛЕЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ)

СТРАХОВАТЕЛЬ – ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВАТЕЛЯ – ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА

ФИО											
ТЕЛЕФОНЫ (МОБ. ДОМ.)								E-MAIL			
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	ВИД ДОКУМЕНТА					СЕРИЯ			НОМЕР		
	КЕМ ВЫДАН					ДАТА ВЫДАЧИ			КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		
ДАТА РОЖДЕНИЯ			МЕСТО РОЖДЕНИЯ								
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)	<i>индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт</i>										
	<i>улица, дом, квартира</i>										
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ)	<i>индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт</i>										
	<i>улица, дом, квартира</i>										
ГРАЖДАНСТВО	<input type="checkbox"/> РФ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ	ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ								
СЕРИЯ			НОМЕР				ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ	
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА											
СЕРИЯ			НОМЕР				ДАТА НАЧАЛА ПРЕБЫВАНИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕБЫВАНИЯ	

ПРОШУ ДОСРОЧНО ПРЕКРАТИТЬ ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ С ВОЗВРАТОМ УПЛАЧЕННОЙ СУММЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА), В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 14 (ЧЕТЫРНАДЦАТИ) КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ СО ДНЯ ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	ОТ			№		
СТРАХОВАТЕЛЬ (ФИО)						

ПРОШУ ОСУЩЕСТВИТЬ ВОЗВРАТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА) БАНКОВСКИМ ПЕРЕВОДОМ НА СЧЕТ В БАНКЕ:

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ	РАСЧ СЧЕТ										
	БАНКА	<i>наименование банка, отделение банка, город</i>									
	КОРП СЧЕТ										
	ИНН БАНКА								БИК		
НОМЕР СЧЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ											

ПРИЛОЖЕНИЯ*:

НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА	ОТМЕТКА О НАЛИЧИИ

**полный перечень документов указан в Договоре страхования (Полисе)*

ПОДПИСАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ С МОМЕНТА ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТСУТСТВУЮТ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩИЕ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ. ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРИВЕДЕННАЯ В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ СОГЛАСЕН НА ПОЛУЧЕНИЕ, ХРАНЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СТРАХОВЩИКОМ. УВЕДОМЛЕН О ТОМ, ЧТО ВОЗВРАТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 10 РАБОЧИХ ДНЕЙ СО ДНЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВЩИКОМ ОРИГИНАЛА ЗАЯВЛЕНИЯ. НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО НЕ ЯВЛЯЮСЬ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ (ПДЛ), ИНОСТРАННЫМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ (ИПДЛ), РОДСТВЕННИКОМ ПДЛ ИЛИ ИПДЛ, В ИНОМ СЛУЧАЕ ОБЯЗУЮСЬ УВЕДОМИТЬ ОБ ЭТОМ СТРАХОВЩИКА

ПОДПИСЬ	ФИО СТРАХОВАТЕЛЯ	ДАТА, ВРЕМЯ				
		день	месяц	год	час	мин.