

**Заявление**

**о расторжении (досрочном прекращении) / признании договора страхования незаключенным**

№  от  г.  
(номер договора страхования)

Я,   
(ФИО полностью)

Дата рождения  /  /  г. ИНН:   
(при наличии)

Гражданство  Резидент/Нерезидент:

Адрес: Индекс  Страна

Область/Край

Город/Населенный пункт

Улица

Дом  Корпус  Квартира

Паспорт: серия  номер  Дата выдачи  /  /  г.

(кем выдан)

Моб. телефон: (  )  Дом. телефон: (  )

E-mail:

**Примечания по заполнению заявления:**

**Примечание 1.** Отмечается только один вариант причины расторжения (досрочного прекращения) договора страхования. Заявление с двумя и более отмеченными вариантами ответов является недействительным вследствие невозможности определения волеизъявления Заявителя.

**Примечание 2.** В случае обращения Заявителя с заявлением о признании договора страхования незаключенным по причине наличия каких-либо ограничений, установленных Договором страхования/ Правилами страхования/ Полисными условиями, Заявитель обязуется предоставить (приложить к заявлению) надлежащим образом удостоверенные документы, подтверждающие наличие каких-либо ограничений на момент подписания Договора страхования.

**прошу:**

Досрочно расторгнуть (прекратить) действие Договора страхования в связи с моим отказом от Договора страхования.  
№  от  г.

Считать Договор страхования незаключенным по причине наличия на момент подписания Договора страхования ограничений, установленных Договором страхования / Правилами страхования/ Полисными условиями (документы прилагаю).  
№  от  г.

Досрочно расторгнуть (прекратить) Договор страхования по следующим причинам (согласно прилагаемым документам):  
№  от  г.

**Приложение (документы):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

В случаях, когда законодательством Российской Федерации или Договором страхования предусмотрен возврат страховой премии (или ее части), прошу перечислить подлежащую возврату страховую премию (либо ее часть) по следующим реквизитам:

**Расчетный/Лицевой счет**

**Номер Карты**

**Банк (Наименование)**

**ИНН Банка**

**Корсчет Банка**

**БИК**

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем» по идентификации выгодоприобретателей к настоящему заявлению необходимо приложить копии страниц паспорта с фотографией и регистрацией. В случае не предоставления паспортных данных денежные операции не проводятся по причине невозможности идентификации заявителя.

Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством обслуживания и/или получения уведомлений от ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на адрес электронной почты (e-mail адрес) и/или на номер мобильного телефона, указанные выше.

Дата  г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись Заявителя \_\_\_\_\_ (Фамилия, инициалы)