ЗАЯВЛЕНИЕ

ОБ ОТКАЗЕ ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

И ВОЗВРАТЕ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

*в соответствии с Указанием ЦБ РФ от 20.11.2015 №3854-У*



|  |  |
| --- | --- |
| ДАТА | № |
|    |    |      |       |
|  |  |  |  |  |  |

1. Сведения о заявителе (страхователь)

|  |  |
| --- | --- |
| ф.и.о |       |
| телефон (МОБ.) |       | телефон (ДОМ.) |       | E-MAIL |       |
| документ, удостоверяющий личность  | вид документа |       | серия |       | номер |       |
| КЕМ выдан |       | дата выдачи |       | код подразделения |       |
| дата рождения |       | инн |       | адрес регистрации | индекс |       |
| республика, край, округ, область, район |       | город, поселок, деревня, село |       |
| Улица |       | дом |       | корпус |  | квартира |       |
| ГРАЖДАНСТВО [ ]  рф [ ]  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 |       |

2. ПРОШУ ВЕРНУТЬ в полном объеме сТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ (ВЗНОС) В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ ОТ договорА страхования в соответвии с условиями договора страхования, при отсутсвии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. Настоящим Подтвержаю, что ответственность страховщика прекращается с даты заключения договора страхования и страховщик не несет ответственность по страховым случаям, произошедшим с даты заключения договора страхования до даты настоящего заявления

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| договор страхования | от |       | № |       | Дата прекращения договора |       |

3. прошу причитающиеся мне средства

[ ]  направить в счет уплаты страховых взносов по договору страхования (полису):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| договор страхования | от |       | № |       | Страховщик |       |
| страхователь |       |

[ ] перевести на счет в банке в соотвествии с реквизитами:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Банковские реквизиты | Расч счет |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| банка |       |
| Наименование банка, отделение банка, город |
| корр счет |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН Банка |       | Бик |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Номер счета заявителя |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. К заявлению прилагаются документы\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА** | **кол-во листов** |
| [ ]   | договор страхования (Полис) |  |
| [ ]   | документ, удостоверяющий личность заявителя (страхователя) |  |
| [ ]   | квитанция об оплате страховой премии/ взноса |  |
| [ ]  | реквизиты для перечисления денежных средств |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
| подтверждаю, что информация в приведенном Заявлении является полной и достоверной. с процедурой расторжения договора стрАхования ознакомлен(а) и согласен (СОГЛАСНА) |
| подпись заявителя | Должность (для Юр.лица)  | инициалы, фамилия  | дата |
|  |       |       |    |    |      |
|  |  |  |  |  |

Нижеуказанные поля заполняются работником АО «УРАЛСИБ Жизнь»

Заявление принято

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| должность | подпись | инициалы, фамилия | дата |
|       |  |       |    |    |      |
|  |  |  |  |  |