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 | | | | | |
|  |  |  |  | |  | | |  |
|  |  | |  |  |  |