**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ПРИМЕНИМА ТОЛЬКО ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ 14 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ С ДАТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА КОЛЛЕКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ (ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ)**

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЛИЦОМ, ОПЛАТИВШИМ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ)**

**В ООО СК «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**(далее – «Страховщик»)**

|  |  |
| --- | --- |
| от Страхователя |   |
|  | Фамилия, имя, отчество (полностью) |
|  | место рождения (Страна), гражданство (при наличии нескольких указать все) |
|  | ИНН США / Другой страны (при наличии) |
| Паспорт: |   |
|  | серия и номер |
|  | наименование выдавшего органа |
|  | дата выдачи и код подразделения |
| Фактический (почтовый) адрес: |  индекс:  |
|  |  |
| Телефоны: |  моб.  |
| дом.  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отказе от Договора страхования (о расторжении) и возврате страховой премии**

Настоящим, я отказываюсь в полном объеме от договора добровольного страхования от несчастных случаев (Страхового полиса) № , заключенного мной / / / (далее – договор страхования), и прошу вернуть оплаченную по договору страхования страховую премию. При этом, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся.

***Пожалуйста, укажите причину отказа от договора страхования (отметьте один или несколько вариантов):***

|  |  |
| --- | --- |
|  | Не осознаю необходимости в данной страховой программе |
|  | Обнаружил неприемлемые пункты в условиях договора страхования |
|  | Иное (просьба пояснить): |

***Возврат денежных средств прошу осуществить безналичным перечислением по следующим реквизитам:***

*На мой расчетный счет:*

*Наименование банка (и его*

*отделения):*

*Адрес и телефон банка:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | *ИНН банка:* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*БИК:*

*Расчетный счет банка\*:*

*Корреспондентский счет банка:*

*Лицевой счет заявителя:*

или

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

*№ пластиковой карты заявителя:*

Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с положениями договора страхования и Правил страхования (с учетом положений настоящего Заявления).

Приложения *(нужное отметить* ***)***:

* копия платежного поручения/чек-ордера/ чека по операции;
* копия документа, удостоверяющего личность;
* иное (указать) .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « » |  | 20 |  | г. |
| (подпись Страхователя) |  |  |  |  |