

# страховые полисы «Глава семьи» / «Защита близких»

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

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

**В ООО СК «Сбербанк страхование жизни»**

**(далее – «Страховщик»)**

|  |  |
| --- | --- |
| от Страхователя | ***Ивановой Инессы Петровны*** |
|  | Фамилия, имя, отчество (полностью)  ***Россия, российское*** |
|  | место рождения (Страна), гражданство (при наличии нескольких указать все) |
|  | ИНН США / Другой страны (при наличии) |
| Паспорт: | ***0011, № 123456, выдан ОВД г. Санкт-Петербурга по*** |
|  | серия и номер  ***Адмиралтейскому району 21. 01. 2007г.*** |
|  | наименование выдавшего органа |
|  | дата выдачи и код подразделения |
| Фактический (почтовый) адрес: | ***индекс: 139000***  ***Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Петербуржская, 2, кв.3*** |
|  |  |
| Телефоны: | моб.**+7(911)000-11-22** |
| 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) № ***056457*** , заключенного мной ***10*** /***12*** /***2019*** / (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):***

|  |  |
| --- | --- |
| Х | 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4** | **4** | **0** | **0** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **5** | **2** | **2** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | **5** | **6** | **6** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7** | **7** | **8** | **8** |

*№ пластиковой карты заявителя:*

\* Расчетный счет банка обязательно заполняется, если указан только № пластиковой карты, а также если Лицевой счет заявителя указывается в назначении платежа, например, для региональных отделений Сбербанка. Настоящим я подтверждаю свое ознакомление с целями и условиями обработки персональных данных, содержащимися в договоре страхования (страховом полисе) и в Правилах добровольного страхования от несчастных случаев в редакции, действовавшей на момент заключения договора страхования (далее – Правила страхования). Кроме того, проставляя подпись на настоящем Заявлении, я выражаю свое согласие на использование Страховщиком моих персональных данных в целях осуществления Страховщиком контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин отказа от договора страхования), в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи. 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) .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « ***18*** » | ***декабря*** | 20 | ***19*** | г. |
| (подпись Страхователя) |  |  |  |  |