**Заявление об отказе от договора страхования в «период охлаждения»**

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ВСЕ ПОЛЯ ПОДЛЕЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ)

**[ ]** страхователь – физическое лицо

[ ] ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВАТЕЛЯ – физического лица

|  |  |
| --- | --- |
| фио |  |
| телефоны (МОБ. Дом.) |  | E-MAIL |  |
| документ, удостоверяющий личность  | вид документа |  | серия |  | номер |  |
| КЕМ выдан |  | дата выдачи |  | код подразделения |  |
| дата рождения |  | место рождения |  |
| адрес места жительства (регистрации) |  |
| *индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт* |
|  |
| *улица, дом, квартира* |
| адрес проживания (при отличии от адреса регистрации) |  |
| *индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт* |
|  |
| *улица, дом, 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 |  |

ПРОШУ досрочно прекратить договор добровольного страхования С возвратом уплаченной суммы страховой премии (взноса), В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ ОТ договорА страхования в течение 14 (четырнадцати) КАлендарных дней со дня его заключения.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| договор страхования | ОТ |  | № |  |
| страхователь (ФИО) |  |

ПРОШУ осуществить возврат страховой ПРЕМИИ (взносА) **[ ]** банковским переводом на счет в банке:

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

Приложения\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | Отметка о наличии |
| Договор добровольного страхования |  |
| Документы, подтверждающие уплату страховой премии (взноса) по Договору страхования |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| \**полный перечень необходимых документов указан в Договоре страхования (Полисе)* |

ПОДПИСАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ С МОМЕНТА ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И пО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМя ОТСУТСТВУЮТ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩИЕ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.

пОДТВЕРЖДАю, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРИВЕДЕННАЯ В НАСТОЯЩЕм заявлении, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ

Согласен на получение, хранение и обработку персональных данных Страховщиком.

Уведомлен о том, что возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения страховщиком оригинала заявления.

Настоящим подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ), иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), родственником пдл или иПдЛ, В ином случае обязуюсь уведомить об этом Страховщика.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| подпись | ФИО СТРАХОВАТЕЛЯ | дата,время |
|  |  | день | месяц | год | час | мин. |