**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 рфИНОЕ | | | | | | 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. |