



**Генеральному директору ООО «СК КАРДИФ»
г-ну Козлову К. В.**

ЗАЯВЛЕНИЕ

о расторжении (досрочном прекращении) / признании договора страхования незаключенным
№ _____ от «___» _____ 201_ года

Примечания по заполнению заявления:

Примечание 1. Отмечается только один вариант ответа. Заявление с двумя и более отмеченными вариантами ответа является недействительным вследствие невозможности определения волеизъявления Заявителя.

Примечание 2. В случае обращения Заявителя с заявлением о признании договора страхования незаключенным по причине наличия каких-либо ограничений, установленных Договором страхования/ Правилами страхования/ Полисными условиями, Заявитель обязуется предоставить (приложить к заявлению) надлежащим образом удостоверенные документы, подтверждающие наличие каких-либо ограничений на момент подписания Договора страхования.

Я, _____, дата рождения _____,
(ФИО Заявителя/наименование юр. Лица)

Гражданство: _____, Резидент/Нерезидент: _____,

Адрес: _____,
(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)

Паспорт: _____,
(серия и номер паспорта, когда и кем выдан)

Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН): _____,
(при наличии)

Контактный телефон (с кодом города): (____) _____ - _____ - _____, e-mail: _____,

прошу:

- Досрочно расторгнуть (прекратить) Договор страхования № _____ от «___» _____ 201_ года в связи с моим отказом от Договора страхования.
- Считать Договор страхования № _____ от «___» _____ 201_ года незаключенным по причине наличия на момент подписания Договора страхования ограничений, установленных Договором страхования/ Правилами страхования/ Полисными условиями (документы прилагаю).
- Досрочно расторгнуть (прекратить) Договор страхования № _____ от «___» _____ 201_ года по следующим причинам (согласно прилагаемым документам): _____.

В случаях, когда законодательством Российской Федерации либо Договором страхования предусмотрен возврат страховой премии (либо ее части), прошу перечислить подлежащую возврату страховую премию (либо ее часть) по следующим реквизитам:

Банк (Наименование) _____

К/с _____ БИК _____ ИНН _____

№ П/Карты (при переводе на карту, 16 цифр) _____

Лицевой счет Страхователя (20 цифр):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

С целью исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем" по идентификации выгодоприобретателей к настоящему заявлению необходимо приложить копии страниц паспорта с фотографией и регистрацией. В случае не предоставления паспортных данных денежные операции не проводятся по причине невозможности идентификации заявителя.

Приложение (документы):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

*Срок рассмотрения заявления до 30 календарных дней от даты получения заявления (дата приёма входящей корреспонденции).

Дата Подпись Расшифровка подписи



К заявлению о расторжении (досрочном прекращении) / признании договора страхования незаключенным
№ _____ от «__» _____ 201_ года

Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством работы/
обслуживания ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на следующий
адрес электронной почты (e-mail адрес): _____
и/ или через направление sms-сообщения (смс-сообщения) на следующий номер телефона:
_____(_____) _____ - _____ - _____,

Дата

Подпись

Расшифровка подписи