

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА (СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ, СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ)**

Я,

(Фамилия, имя, отчество Страхователя)

Телефон

ИНН

Электронный  
адрес

Документ

Серия

Номер

Кем  
выдан

Дата  
выдачи

Код  
подразделения

являющийся Страхователем по договору страхования жизни (далее – Договор)

Номер  
Договора

Дата заключения  
Договора

Прошу досрочно прекратить Договор с

(желаемая дата прекращения Договора)

по причине:

- ☐ отказа Страхователя от Договора в Период охлаждения
- ☐ досрочного расторжения Договора по инициативе Страхователя
- ☐ полного досрочного погашения задолженности по кредиту (применимо в случае, когда договор страхования заключен в целях обеспечения по кредиту)

Я уведомлен, что Договор досрочно прекратит свое действие с даты, указанной мной в заявлении как желаемая дата прекращения Договора, но не ранее даты получения Страховщиком настоящего заявления (далее – дата расторжения).

Я уведомлен, что в случае расторжения договора по инициативе Страхователя возврат уплаченной страховой премии или ее части не производится.

Я уведомлен, что возврат уплаченной страховой премии или ее части осуществляется Страховщиком в течении 7 (семи) рабочих дней со дня получения настоящего заявления и, если применимо, справки о полном досрочном погашении кредита.

**Способы выплаты**
**Перевод по следующим реквизитам**

Наименование  
банка

БИК

Номер  
счета Получателя

**Декларация Страхователя**

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», на передачу (в том числе трансграничную передачу) моих персональных данных страховому агенту, заключившему и сопровождающему договор страхования, аудиторам, актуариям и перестраховщикам, для целей осуществления Страховщиком страховой деятельности.

Я подтверждаю, что не являюсь налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

Я подтверждаю, что не являюсь должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственную должность Российской Федерации, должностью члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должностью федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должностью в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерации на основании федерального закона, включенную в соответствующий перечень должностей, определенный Президентом Российской Федерации, также иностранным публичным должностным лицом, а также не являюсь родным или близким указанных лиц.

В ином случае Страхователь обязуется предоставить дополнительную информацию по форме, предоставленной Страховщиком.

(Подпись Страхователя)

Заявление  
принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)