

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
 О ДОСРОЧНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ  
 № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ г.  
 И ПЕРЕНОСЕ ЧАСТИ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ НА НОВЫЙ ДОГОВОР**

<b>СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ</b> (нужное подчеркнуть):			
<b>ФИО:</b>	_____		
<b>Дата рождения:</b>	_____	<b>Моб. телефон:</b>	_____
<b>Место рождения:</b>	_____	<b>E-mail:</b>	_____
<b>Гражданство (указать все, если несколько)</b>	_____		
<b>Наименование документа, удостоверяющего личность:</b>	_____		
<b>Серия и номер:</b>	_____	<b>Дата выдачи:</b>	_____
<b>Наименование органа, выдавшего документ:</b>	_____		
<b>Номер и дата доверенности (если Представитель):</b>	_____		
<b>Адрес регистрации:</b>	_____		
<b>Фактический адрес:</b>	_____		

**ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ (выбрать нужное):**

<input type="checkbox"/>	<b>ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ/ ЧАСТИЧНЫЙ ОТКАЗ ОТ СТРАХОВАНИЯ</b>	Проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается в полном объеме от вышеуказанного договора страхования и просит перенести часть страховой премии, возвращенной по факту расторжения выше указанного договора в размере _____ руб. в счет уплаты страховой премии по Договору страхования № _____. Также, проставляя ниже подпись, Заявитель отказывается от документа «Заявление, о досрочном прекращении подписанного договора страхования» от _____.20 г. и просит считать его ошибочным, если оно было оформлено.
<input type="checkbox"/>	<b>НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ ДОГОВОР</b>	Заявитель просит признать Договор страхования недействительным, поскольку не соответствовал на момент заключения договора страхования требованиям принятия
<input type="checkbox"/>	<b>ПОГАШЕНИЕ КРЕДИТА</b>	Заявитель просит досрочно расторгнуть Договор страхования в связи с досрочным погашением кредита.
<input type="checkbox"/>	<b>НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПЛАТЕЖ</b>	Страховая премия (первый взнос) оплачен (-а) не в полном объеме или позднее установленного срока и Заявитель, проставляя ниже подпись, просит признать договор страхования не вступившим в силу и произвести возврат оплаченных взносов в размере 100%
<input type="checkbox"/>	<b>ИНОЕ (просьба указать):</b>	

Если Заявитель является резидентом иностранного государства, заполните, пожалуйста, данные, содержащиеся в полях с признаком(\*):

**Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства\*:**

<b>США*:</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Другая страна*:</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Если <input type="checkbox"/> Да, указать страну*:</b>	_____
<b>Наличие вида на жительство в иностранном государстве*:</b>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Если <input type="checkbox"/> Да, указать страну*:</b>	_____		
<b>ИНН США:</b>	_____	<b>ИНН другой страны:</b>	_____		

\_\_\_\_\_  
 Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_  
 ФИО Заявителя

Оригинал Заявления получен  
 Заполняется сотрудником Агента

Дата и время предоставления  
 заявления Заявителем

\_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин  
 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
 ФИО Сотрудника

\_\_\_\_\_  
 Подпись Сотрудника

Часть денежных средств, подлежащих выплате Страховщиком по факту расторжения договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, Заявитель просит перечислить в форме безналичных расчетов по следующим реквизитам в сроки, порядке и на условиях, которые установлены договором страхования.

ФИО получателя:	
Наименование банка получателя	
БИК:	□□□□□□□□
Корреспондентский счет банка	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
Расчетный счет получателя:	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

**ЗАЯВИТЕЛЕМ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ\*\*:**

ПАСПОРТ (КОПИЯ) ДВЕ СТРАНИЦЫ: ПЕРВЫЙ РАЗВОРОТ С ФОТОГРАФИЕЙ И ВТОРАЯ СТРАНИЦА С АДРЕСОМ ПРОПИСКИ;

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ (ОРИГИНАЛ)

СПРАВКА О ПОЛУЧЕНИИ/НЕПОЛУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО НАЛОГОВОГО ВЫЧЕТА (при наличии в договоре риска «дожитие до срока»).

\*\*Поставить отметку напротив названия документа

**Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает, что:**

1) не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица.;

2) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза;

3) не является лицом, в отношении которого возбуждено производство по делу о несостоятельности (банкротстве);

4) не является лицом, в отношении которого предъявлен/ы гражданский иск/и со стороны судебных, налоговых и иных надзорных органов;

5) бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь;

6) вся указанная в данном Заявлении информация (в т.ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной;

Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; передачу персональных данных третьим лицам на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений с целью оказания услуги Страховщику и третьим лицам в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования; в целях: прекращения договора страхования; осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами; в составе перечня персональных данных: данных паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных страхователем при заключении договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.

Согласие действует со дня его подписания и в течение 8 лет после окончания срока действия договора страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления по адресу Страховщика, указанному в настоящем Заявлении.

Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Подписывая настоящее заявление, Заявитель заявляет об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.

Денежные средства, если они подлежат выплате Страховщиком по итогам рассмотрения Заявления, возвращаются Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления о досрочном прекращении договора страхования/ признании договора страхования незаключенным.

Подпись Заявителя	ФИО Заявителя	Дата Заявления
-------------------	---------------	----------------

<input type="checkbox"/> Оригинал Заявления получен	
Заполняется сотрудником Агента	
Дата и время предоставления заявления Заявителем	□□ □□ ч □□ мин □□□□ □□□□ г.
	_____ ФИО Сотрудника      Подпись Сотрудника