

ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от Договора страхования

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе – Страхователе:

| | |
|---|---|
| Фамилия <input style="width: 90%;" type="text"/> | Имя <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Отчество <input style="width: 80%;" type="text"/> | Дата рождения <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Место рождения <input style="width: 90%;" type="text"/> | Код подразделения <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Гражданство <input style="width: 15%;" type="text"/> | Документ, удостоверяющий личность <input style="width: 15%;" type="text"/> Паспорт <input style="width: 15%;" type="text"/> серия <input style="width: 15%;" type="text"/> № <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Дата выдачи <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> | Дата окончания срока действия (для нерезидентов) <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Выдан <input style="width: 90%;" type="text"/> | |
| ИНН <input style="width: 30%;" type="text"/> | СНИЛС <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Адрес места жительства (регистрации) <input style="width: 90%;" type="text"/> | <small>(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)</small> |
| Адрес проживания (если отличается от регистрации) <input style="width: 90%;" type="text"/> | <small>(индекс, область, район, город, улица, дом, квартира)</small> |
| Номер моб. телефона <input style="width: 30%;" type="text"/> +7 | E-mail <input style="width: 60%;" type="text"/> |

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Подтверждаю, что страховая премия оплачена. |
| <input type="checkbox"/> | Подтверждаю, что с даты начала действия Договора до подписания настоящего Заявления страховых случаев со мной не происходило. |

Прошу перечислить уплаченную мной страховую премию:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | В счет оплаты страхового взноса, по Договору страхования с ООО «СК «Ренессанс Жизнь» № _____. |
| <input type="checkbox"/> | По следующим банковским реквизитам: |

Внимание! Все поля обязательны для заполнения.

| |
|--|
| Наименование Банка (и его отделения): <input style="width: 70%;" type="text"/> |
| БИК: <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Расчетный счет: <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Корреспондентский счет: <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Лицевой счет / номер карты: <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |

К заявлению прилагаю:

- Копия Договора страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- Платежные документы об оплате страховой премии;
- Банковские реквизиты, справка (при наличии);

(подпись)

_____ (ФИО Страхователя)

_____ (Дата заявления)

Служебные отметки:

| | |
|---|----------------|
| Вх. № _____ - _____ /201__ от ____ . ____ .20 ____ г. | Заявка № _____ |
| ФИО Сотрудника: _____ | |
| Должность / Представитель Страховщика _____ | Подпись: _____ |