СБЕР СТРАХОВАНИЕ

В ООО СК «СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ»
121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, к. 1,
эт. 1, пом. 3, тел. 8-800-555-555-7

ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВОЗВРАТ УПЛАЧЕННОЙ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ*: ☐ Страхователь ☐ Представитель

ФИО / наименование организации*

(указывается фамилия, имя, отчество / наименование организации)

Дата рождения* Место рождения

Адрес фактического проживания (для корреспонденции):*

Телефон* +7 ( ) Доп. телефон +7 ( ) E-mail

Документ, удостоверяющий личность* Серия* Номер*

Кем выдан*

Код подразделения Дата выдачи* . .

* Поля, отмеченные «*», обязательны к заполнению.

НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ ПРОШУ РАСТОРГНУТЬ ДОГОВОР / ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ

от

(серия и номер Договора/Полиса) (дата оплаты страховой премии)

По причине (выбрать один подходящий вариант):

☐ отказ от договора страхования в период охлаждения

☐ в связи с полным исполнением кредитных обязательств (погашение кредита)

☐ иная причина

(указать иную причину)

ПРИЛОЖЕНИЕ. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

–

–

–

☐ **Настоящим подтверждаю отсутствие событий, имеющих признаки страхового случая на дату подачи заявления**

ВОЗВРАТ УПЛАЧЕННОЙ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ПРОИЗВЕСТИ ПО РЕКВИЗИТАМ:

ФИО / наименование получателя

Банк получателя

ИНН БИК

Кор. счет банка

Расчетный счет или лицевой счет получателя

Подписывая настоящее заявление, соглашаюсь с тем, что экземпляр страховщика настоящего заявления, подписанный с использованием факсимильного воспроизведения моей подписи, является оригинальным образцом заявления.

Заявитель

(фамилия, имя, отчество Заявителя или его Представителя (если Заявителем является Представитель, указать реквизиты документа, предоставляющего ему такие полномочия))

Подпись Дата заполнения . .

* Данный документ является типовой формой. Страховщик вправе вносить в типовую форму и текст образца изменения и/или дополнения в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.