

Заявление о досрочном прекращении договора страхования

Фамилия Заявителя

Имя Заявителя

Отчество Заявителя

Дата рождения . . г. **Гражданство:**

Документ, удостоверяющий личность Заявителя:

Серия: Номер: Дата выдачи: . . г.

Кем выдан

*Дата и номер доверенности представителя: . . г. №

Моб. телефон

E-mail Заявителя

Почтовый адрес

*при расторжении договора страхования Представителем Страхователя по нотариально-заверенной доверенности.

1. Прошу расторгнуть (прекратить) Договор (полис) серия _____ № _____ от _____.202_ г. по инициативе Страхователя по следующим основаниям:

<input type="checkbox"/>	Моего отказа от Договора страхования в «период охлаждения»	Я уведомлен, что в случае моего отказа от Договора страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, мне не будет произведена страховая выплата по данному Договору. Я уведомлен, что в случае отказа от Договора страхования возможно изменение условий кредитного договора (например, повышение ставки по кредиту).
<input type="checkbox"/>	Моего отказа от Договора страхования	Я уведомлен, что в случае моего отказа от Договора страхования по истечении «периода охлаждения» возврат части страховой премии за не истекший срок договора не производится в соответствии с условиями Договора и Правилами страхования. Я уведомлен, что в случае моего отказа от Договора страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, мне не будет произведена страховая выплата по данному Договору. Я подтверждаю свое согласие на расторжение Договора страхования без возврата страховой премии.
<input type="checkbox"/>	*По причине полного досрочного погашения обязательств по договору кредита (займа) в рамках действия Федерального закона от 21.12.2013 №353-ФЗ «О потребительском кредите (займе)»	Я уведомлен о том, что возврат страховой премии производится в соответствии с Федеральным законом от 21.12.2013 №353-ФЗ «О потребительском кредите (займе)». Я уведомлен, что в случае моего отказа от Договора страхования при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, мне не будет произведена страховая выплата по данному Договору.
<input type="checkbox"/>	Несоответствие условиям страхования	Я уведомлен о том, что Договор страхования будет расторгнут полностью.
<input type="checkbox"/>	Отказ от договора страхования в связи с непредоставлением или предоставлением неполной информации о договоре страхования	Я уведомлен о том, что Договор страхования будет расторгнут полностью.
<input type="checkbox"/>	Иное (указать причину):	

*для договоров, заключенных в обеспечение кредитных обязательств Заемщика.

2. Уплаченную страховую премию по Договору страхования прошу вернуть:

Фамилия Получателя

Имя Получателя

Отчество Получателя

Дата рождения . . г. **Гражданство:**

Документ, удостоверяющий личность Получателя:

Серия: Номер: Дата выдачи: . . г.

Кем выдан

