

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ
ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
**в соответствии с указанием
ЦБ РФ от 20.11.2015 №3854-У**

ДАТА			№

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (СТРАХОВАТЕЛЕ)

Ф.И.О											
ТЕЛЕФОН (МОБ.)				ТЕЛЕФОН (ДОМ.)			E-MAIL				
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	ВИД ДОКУМЕНТА				СЕРИЯ			НОМЕР			
	КЕМ ВЫДАН				ДАТА ВЫДАЧИ			КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ			
ДАТА РОЖДЕНИЯ			ИНН			АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ	ИНДЕКС				
РЕСПУБЛИКА, КРАЙ, ОКРУГ, ОБЛАСТЬ, РАЙОН					ГОРОД, ПОСЕЛОК, ДЕРЕВНЯ, СЕЛО						
УЛИЦА				ДОМ			КОРПУС		КВАРТИРА		
ГРАЖДАНСТВО <input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> ИНОЕ		ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ									
СЕРИЯ				НОМЕР			ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ	
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА											
СЕРИЯ				НОМЕР			ДАТА НАЧАЛА ПРЕБЫВАНИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕБЫВАНИЯ	

2. ПРОШУ ВЕРНУТЬ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ (ВЗНОС) В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 РАБОЧИХ ДНЕЙ СО ДНЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖАЮ, ЧТО ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА ПРЕКРАЩАЕТСЯ С ДАТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВЩИК НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО СТРАХОВЫМ СЛУЧАЯМ, ПРОИЗОШЕДШИМ С ДАТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ДО ДАТЫ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	ОТ		№		ДАТА ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА	
---------------------	----	--	---	--	---------------------------	--

3. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ СРЕДСТВА
 НАПРАВЬТЕ В СЧЕТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСУ):

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	ОТ		№		СТРАХОВЩИК	
СТРАХОВАТЕЛЬ						

 ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКВИЗИТАМИ:

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ	РАСЧ СЧЕТ										
	БАНКА	Наименование банка отделение банка город									
	КОРП СЧЕТ										
	ИНН БАНКА						БИК				
НОМЕР СЧЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ											

4. К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ*:

НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА	КОЛ-ВО ЛИСТОВ
<input type="checkbox"/> договор страхования (Полис)	
<input type="checkbox"/> документ, удостоверяющий личность заявителя (страхователя)	
<input type="checkbox"/> квитанция об оплате страховой премии/ взноса	
<input type="checkbox"/> реквизиты для перечисления денежных средств	

* полный перечень необходимых документов указан в Договоре страхования (Полисе)

ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ В ПРИВЕДЕННОМ ЗАЯВЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ. С ПРОЦЕДУРОЙ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ОЗНАКОМЛЕН(А) И СОГЛАСЕН(А)			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ (ДЛЯ ЮР.ЛИЦА)	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА

Нижеуказанные поля заполняются работником АО «УРАЛСИБ Жизнь»

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО

ДОЛЖНОСТЬ	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА