

ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ВОЗВРАТ УПЛАЧЕННОЙ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ*:		<input type="checkbox"/> Страхователь	<input type="checkbox"/> Представитель
<input type="text"/>			
(указывается фамилия, имя, отчество/наименование организации)			
Дата рождения для ФЛ/ИП*	<input type="text"/>	Место рождения для ФЛ/ИП	<input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)/ Адрес местонахождения*	<input type="text"/>		
Телефон* +7 ()	Доп. телефон +7 ()	E-mail	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность*	<input type="text"/>	Серия*	Номер*
Кем выдан*	<input type="text"/>		
Код подразделения	<input type="text"/>	Дата выдачи*	. .
ИНН*			

Поля, отмеченные «», обязательны к заполнению.

Настоящим прошу расторгнуть договор страхования серии №		от «	»	20	г.
по причине (выбрать один подходящий вариант):					
<input type="checkbox"/>	в связи с планируемой продажей (по состоянию на дату заполнения настоящего заявления застрахованное ТС не продано)				
<input type="checkbox"/>	в связи с возвратом застрахованного ТС продавцу по причине обнаружения недостатков ТС				
<input type="checkbox"/>	в связи с утратой застрахованного ТС по причине иной, чем наступление страхового случая				
<input type="checkbox"/>	отказ от договора страхования в период охлаждения (для ФЛ)				
<input type="checkbox"/>	в связи с полным исполнением кредитных обязательств (погашение кредита)				
<input type="checkbox"/>	иная причина <input type="text"/>				
(указать иную причину)					
<input type="checkbox"/>	Возврат уплаченной страховой премии произвести по следующим реквизитам				
ФИО/наименование получателя	<input type="text"/>				
Банк получателя	<input type="text"/>				
ИНН					БИК
Кор.счет Банка получателя	<input type="text"/>				
Расчетный счет или лицевой счет получателя	<input type="text"/>				

ПРИЛОЖЕНИЯ (В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ ПРИЧИНЫ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ):

-
-
-
-

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ ОТСУТСТВИЕ СОБЫТИЙ, ОБЛАДАЮЩИХ ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, НА ДАТУ ПОДАЧИ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ

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

Заявитель	<input type="text"/>
(фамилия, имя, отчество Заявителя или его Представителя (если Заявителем является Представитель, указать реквизиты документа, предоставляющего ему такие полномочия))	
Подпись	<input type="text"/>
Дата заполнения	. .