

Заявление о расторжении и возврате страховой премии

по Договору страхования от несчастных случаев
по Программе страхования от несчастных случаев №3

Индивидуальная Семейная Семейная расширенная
(отметьте Вашу программу флажком в соответствующем поле)

Все графы Заявления должны быть заполнены. Если по смыслу не требуется ответа, в графе ставится прочерк «-»

В Управление по работе с клиентами
ООО «СК «Райффайзен Лайф»

От _____,

Ф.И.О. Заявителя (полностью)

_____. _____. _____
Дата рождения

Заявителя

_____. _____
Место рождения Заявителя

гражданин: _____,

Гражданство Заявителя

второе

гражданство _____,

Второе гражданство Заявителя

по Договору страхования (акцептованной оферте)

№ _____

от _____. _____. _____ года.

Дата заключения договора

Паспортные данные Заявителя:

выдан: _____. _____. _____

Серия и номер

Дата

выдачи

_____. _____
Орган, выдавший документ

зарегистрирована/зарегистрирован:

_____. _____
Место регистрации (проживания по паспорту)

Я, _____,

Ф.И.О. Заявителя (полностью)

являюсь:

- Страхователем;
 Законным представителем Страхователя¹;
 Законным наследником Страхователя².

Отметьте Ваш статус флажком в соответствующем поле

1. Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия.
2. Если Заявление подписано законным наследником Страхователя, к Заявлению должно прилагаться свидетельство о праве на наследство по закону Российской Федерации (нотариально заверенная копия).

Фамилия И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

прошу произвести возврат страховой премии (части страховой премии) и расторгнуть Договор страхования в соответствии с условиями Договора страхования и Полисными условиями страхования от несчастных случаев №3 ввиду:

Отказа Страхователя от Договора страхования в Период свободного ознакомления с условиями страхования (Страховая премия подлежит возврату в полном объеме)

Добровольного отказа Страхователя от страхования по указанному Договору страхования по истечении Периода свободного ознакомления с условиями страхования (Страховая премия не подлежит возврату)

Отметьте причину флажком в соответствующем поле

банковским переводом на карту списания

банковским переводом на счет со следующими реквизитами

Ф.И.О. получателя																							
	Ф. И. О. в именительном падеже																						
Наименование банка получателя																							
Юридический адрес банка																							
БИК	9 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9													
Расчетный счет	20 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Кор. счет	20 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Лицевой счет получателя	20 или 22 знака	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ИНН получателя	12 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
Назначение платежа	Выплата по договору Страхования																						
	Ф. И. О. в именительном падеже																						

Ниже ФИО указать полностью

Дата заполнения Заявления