|  |  |
| --- | --- |
|  | **Акционерное общество**  **ВТБ Страхование жизни**  Адрес юридического лица:  ул. Мясницкая, д. 48,  г. Москва, 107078 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отказе от Договора страхования**

ПОЛИС № □□□□□□□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я,**  (ФИО Страхователя) | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Почтовый адрес:** | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Контактный телефон** | | | | (□□□)□□□□□□□ | | | | | | |
| **Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность:** | | | | Серия □□□□ № □□□□□□ дата выдачи □□.□□.□□□□Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование выдавшего органа) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **заявляю о своем отказе от исполнения договора в полном объеме.** | | | | | | | | | | |
| **Прошу произвести возврат суммы оплаченного мной страхового взноса в размере:** | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп. | | | | |
| □ | в счет оплаты нового договора/полиса | | | | | | | | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_**\_**  **\_\_**\_\_г. | |
| □ | в счет оплаты действующего договора/полиса | | | | | | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_**\_**  **\_\_**\_\_г. | | | |
| □ | безналичным перечислением на мой текущий счет в банке: | | | | | | | | | |
| Названиебанка получателя | | |  | | | | | | | |
| ИНН банка | | □□□□□□□□□□ | | | | | | БИК банка | | □□□□□□□□□ |
| К/с банка | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | № счетафиз лица | | | | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |

|  |
| --- |
| □ **Оригинал Полиса прилагаю**  □ **Оригинал Полиса утерян** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. | Страхователь | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись) ( ФИО) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Решение АО ВТБ Страхование жизни: | | | | |
| □ Осуществить возврат страхового взноса в полном объеме □ Осуществить возврат страхового взноса с удержанием в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп. | | | | |
| ФИО сотрудника |  | Подпись |  | Дата « \_\_ » \_\_\_\_\_ \_\_\_\_г. |

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

от Страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявление об отказе от страховых услуг по Полису№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни) (подпись)