|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 |  |
| ИННбанка | □□□□□□□□□□ | БИК банка | □□□□□□□□□ |
| К/сбанка | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | № 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)