



от Ф. И. О.

ДАТА РОЖДЕНИЯ

 / / г.
дата выдачи

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ

ГРАЖДАНСТВО

ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (АКЦЕПТОВАННОЙ ОФЕРТЕ)

№

ОТ

 / / г.
*дата заключения договора*ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ / / г.
*тип серия номер дата выдачи**кем выдан, код подразделения*ЗАРЕГИСТРИРОВАНА/
ЗАРЕГИСТРИРОВАН:*место регистрации (проживания по паспорту)*

Заявление о расторжении и возврате страховой премии по Договору страхования на случай диагностирования смертельно опасных заболеваний

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Индивидуальный серебрянный | <input type="checkbox"/> | Семейный серебрянный |
| <input type="checkbox"/> | Индивидуальный золотой | <input type="checkbox"/> | Семейный золотой |
| <input type="checkbox"/> | Индивидуальный платиновый | <input type="checkbox"/> | Семейный платиновый |

я,

Ф. И. О.

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Застрахованное лицо | <input type="checkbox"/> | Представитель Застрахованного лица ¹ | <input type="checkbox"/> | Наследник Застрахованного лица ² |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ ВОЗВРАТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И РАСТОРГНУТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОЛИСНЫМИ УСЛОВИЯМИ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ СМЕРТЕЛЬНО ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВВИДУ:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Отказа Страхователя от Договора страхования в Период свободного ознакомления с условиями страхования (Страховая премия подлежит возврату в полном объеме) |
| <input type="checkbox"/> | Добровольного отказа Страхователя от страхования по указанному Договору страхования по истечении Периода свободного ознакомления с условиями страхования (Страховая премия не подлежит возврату) |



Способ получения страховой выплаты

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | банковским переводом на карту списания |
| <input type="checkbox"/> | банковским переводом на счет со следующими реквизитами |

СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ

 /
20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/с банка

БИК БАНКА

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ЗАЯВИТЕЛЬ

*Ф. И. О.**подпись* / / г.*дата*

¹Если заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия.

²Если Заявление подписано законным наследником Застрахованного лица, к Заявлению должно прилагаться Свидетельство о праве на наследство согласно законодательству Российской Федерации (нотариально заверенная копия).