

Образец

Генеральному директору
ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»
Слюсарю А. В.

От Иванова Ивана Ивановича
(Ф.И.О. Страхователя полностью)
контактный телефон: 8 (900)000 00 00
e-mail: IvanovII@mail.ru
адрес: 111555, г.Москва,
(индекс, адрес для доставки корреспонденции)
ул. Ленина, д.00, кв.0

ЗАЯВЛЕНИЕ

Будьте внимательны.
Важно указать верный номер договора
(полис-оферта)

Я, являясь Страхователем по Договору страхования № _____ (далее – Договор страхования), прошу расторгнуть указанный Договор страхования и вернуть уплаченную мной страховую премию (страховой взнос)¹ на расчетный счет по следующим реквизитам:

Получатель выплаты (Страхователь):	
Фамилия	<i>Иванов</i>
Имя	<i>Иван</i>
Отчество	<i>Иванович</i>
Наименование банка	<i>ПАО «Бин-Банк» филиал в Москве</i>
Корреспондентский счет (банка)	<i>0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0</i> 20 знаков
БИК	<i>1 1 1 1 1 1 1 1 1</i> 9 знаков
№ счета получателя*	<i>2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2</i> 20 знаков

*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет

Я подтверждаю, что с даты заключения Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев не наступало, страховых выплат не производилось.

Я уведомлен, что Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи настоящего Заявления) либо с 00 часов 00 минут даты подачи настоящего Заявления (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи настоящего Заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, в связи с чем я признаю и осознаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате.

Я подтверждаю, что я не являюсь гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

¹ Возврат страховой премии (страхового взноса) осуществляется при условии, что настоящее заявление было подано в течение 5 рабочих дней с даты заключения Договора страхования, если иной срок не предусмотрен Договором страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Справочно для идентификации Договора страхования (заполняется при наличии информации):

Дата оплаты страховой премии (страхового взноса): 28.10.2017г.

Наименование Банка/Партнера, где был заключен/оформлен Договор страхования: ПАО «Бин-Банк»

Приложения:

- Копия Договора страхования;
- Копия документа, подтверждающего уплату страховой премии;
- Банковские реквизиты для зачисления выплаты;
- _____

Иванов
(подпись)

Подпись Страхователя (того, кто заключал договор страхования)

Фактическая дата заполнения заявления

«01» ноября 2017 г.
(дата)

Обращаем Ваше внимание, что приложив копию Договора страхования, копию документа, подтверждающего уплату страховой премии (страхового взноса), иные документы (при наличии) к настоящему заявлению, Вы ускорите процесс принятия решения о возврате уплаченной Вами страховой премии.

Возврат также может быть осуществлен в кассе по месту нахождения ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» при условии подачи соответствующего заявления.

Адрес для направления настоящего заявления и всех указанных приложений (место нахождения):
115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31. Стр. Б, ООО «АльфаСтрахование-Жизнь».