

ООО «РБ Страхование Жизни»
107078, Российская Федерация, г. Москва, ул. Маши Порываевой,
д. 34, этаж 2, ком. 58

ООО «РБ Страхование»
107078, Российская Федерация, г. Москва, ул. Маши Порываевой,
д. 34, этаж 2, ком. 62

от _____
(ФИО Страхователя)

(паспортные данные и место жительства)

(_____) _____
(контактный телефон)

Заявление об отказе от договора страхования

Настоящим, я _____,
(указываются Ф.И.О. (полностью) Страхователя)

отказываюсь от Договора страхования жизни и здоровья заемщиков ипотечного и иных видов кредитов, а также их имущественных интересов № _____ от _____ (далее также – «Договор страхования» или «Договор»).

(указываются номер и дата договора страхования)

При этом я ознакомлен и согласен со следующими условиями:

- 1) При отказе от Договора страхования страхование, предусмотренное Договором, считается прекращенным с момента получения Страховщиком настоящего Заявления. В связи с чем я признаю и понимаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате при наступлении событий, произошедших после прекращения Договора страхования;
- 2) Я подтверждаю, что требования о страховой выплате по договору страхования мной (от моего имени и в моем интересе) не предъявлялись;
- 3) В случае отказа от Договора страхования возврату подлежит часть оплаченной страховой премии пропорционально неистекшему оплаченному периоду действия Договора страхования за вычетом расходов Страховщика по Договору страхования в размере 50 % от суммы уплаченной страховой премии.

Возврат страховой премии прошу произвести сумме и на условиях, предусмотренных условиями Договора страхования на нижеуказанные реквизиты:

1. Форма выплаты: безналичная
2. Платежные реквизиты (для безналичных расчетов):

Получатель, ФИО	
Банк получателя	
БИК	
Кор/счет	
ИНН	
Номер счета получателя средств	
Назначение платежа	

Приложения:

1. Договор страхования (ксерокопия, при наличии);
2. Доверенность на представителя* (заполняется при условии подачи заявления Представителем Страхователя)

_____/_____/_____ «___» _____ г.
(подпись) (ФИО)

Заполняется представителем Страховщика *

Отметки о получении Заявления: _____ принято «___» _____ г.

Подпись, Ф.И.О., должность ответственного сотрудника _____:

_____/_____/_____ М.П.
(подпись) (ФИО) (должность)

Заполняется Страховщиком и для служебных отметок

Отметки о получении Заявления: входящий номер: _____ от «___» _____ г.