

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Страховой полис/Договор от г.

ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

Страхователем

Законным представителем Страхователя*

1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения: . . г.

СНИЛС (при наличии):

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа

серия: № дата выдачи: . . г. код подразделения: -

кем выдан:

Место рождения: Страна рождения

Моб. Телефон:

Доп. Телефон:

e-mail:

Адрес места жительства (регистрации) и места пребывания:

Адрес для направления корреспонденции:

Гражданство** (при наличии нескольких указать все): ИНН РФ (при наличии):

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если "да", то указать страну:

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США Да Нет

Другая страна: Да Нет ИНН США: -

ИНН (Другая страна) Указать страну

* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

** Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:

серия, номер: Дата начала и дата окончания срока пребывания:

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа: серия, номер

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ:

2. ПРОШУ РАСТОРГНУТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ:

Дата расторжение: . . г.

Номер договора:

Причина расторжения:

Приложение:

1. Копия договора страхования
2. Копия паспорта

Справку о получении / не получении социального налогового вычета:

Предоставил (а) Не предоставил (а)

3. Прошу причитающиеся мне денежные средства (обязательно должен быть выбран один из 2-х вариантов порядка выплаты):

Направить в счет уплаты страховых взносов по страховому договору:

Номер договора	<input type="text"/>
ФИО Страхователя	<input type="text"/>

Перевести на счет в банке согласно реквизитам:

Наименование банка:

БИК: ИНН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет Получателя:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Подпись	ФИО Сотрудника	Должность