

ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И(ИЛИ) ВОЗВРАТ/КОРРЕКТИРОВКУ ВЗНОСА

Договор страхования

от

ЗАЯВИТЕЛЬ

 Страхователь Представитель

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия
Имя Отчестводата
рождения

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование
документа

серия

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения

контактный
телефон

E-mail

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

Индекс

адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

 Совпадает с адресом постоянной регистрации

Индекс

адрес

ВАЖНО! В случае, если заявление заполняется представителем, укажите документ, подтверждающий полномочияНаименование
документа

серия

номер

дата
выдачи

ПРОШУ:

 Вернуть / скорректировать взнос по договору Досрочно расторгнуть договор Расторгнуть договор страхования в течение периода охлаждения*

Уточните ниже причину возврата / корректировки / расторжения:

НА ОСНОВАНИИ ВЫШЕИЗЛОЖЕННОГО, ПРОШУ:

Перевести на счет в банке согласно реквизитам Зачислить в качестве взноса по договору страхования

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ СОГЛАСНО РЕКВИЗИТАМ», ЗАПОЛНИТЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ И СУММУ ПЕРЕВОДА

Наименование банка	<input type="text"/>		
Получатель платежа	<input type="text"/>		
Номер счета	<input type="text"/>		
Корреспондентский счет	<input type="text"/>		
БИК банка	<input type="text"/>	ИНН банка	<input type="text"/>

ВАЖНО! При досрочном расторжении поле «сумма перевода» не заполняется

Сумма перевода	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	цифрами	прописью

В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫБРАН ПАРАМЕТР «ЗАЧИСЛИТЬ В КАЧЕСТВЕ ВЗНОСА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ», ЗАПОЛНИТЕ НОМЕР ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И СУММУ ПЕРЕВОДА

Договор страхования	<input type="text"/>	от	<input type="text"/>
Сумма перевода	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	цифрами	прописью	

К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

Копия паспорта Документ, подтверждающий полномочия представителя Справка о социальном налоговом вычете

Настоящим Я, действуя своей волей и в своем интересе, предоставляю Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «БКС Страхование жизни» (далее – Компания, Оператор) (ОГРН: 5177746400607, место нахождения: 129110, г. Москва, проспект Мира, д. 69, стр. 1, этаж 9, помещ. XV, ком. 1) согласие на обработку персональных данных указанных в настоящем документе и приложениях к нему любыми способами (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств –на бумаге) включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в целях исполнения договора страхования, а также выполнения возложенных на Оператора функций, полномочий и обязанностей. Настоящее согласие действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ. В случае предоставления Оператору в настоящем документе персональных данных третьих лиц – субъектов персональных данных (выгодоприобретателей, страхователей и т.п.) гарантирую, что мной было получено согласие таких лиц на передачу и дальнейшую обработку их данных Оператором в заявленных выше целях. Информация, предусмотренная частью 3 статьи 18 ФЗ «О персональных данных» указанным лицам предоставлена, в связи с чем Компания освобождается от обязанности информирования субъекта персональных данных о получении персональных данных не от субъекта персональных данных.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(дата)	(подпись)	(ФИО заявителя)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(дата)	(подпись)	(ФИО сотрудника / агента)