

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

Договор страхования

от

..

### ЗАЯВИТЕЛЬ

 Страхователь  Представитель

### ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия

Имя Отчество

дата  
рождения..

### ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование  
документа

серия

номер

дата  
выдачи..кем  
выданкод  
подразделения

ИНН

СНИЛС

Контактный  
телефон

Email

### АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ 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\*\* **Период охлаждения** — это срок, в течение которого страхователь может отказаться от договора и вернуть страховую премию или её часть.

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 СТРАХОВАТЕЛЯ ПОЛНОСТЬЮ В ТАБЛИЦЕ НИЖЕ И СУММУ ПЕРЕВОДА

Наименование банка			
Получатель платежа			
Номер счета			
Корреспондентский счет			
БИК банка		ИНН банка	

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

Сумма перевода		
	цифрами	прописью

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

Договор страхования		от			
Сумма перевода					
	цифрами			прописью	

**ВАЖНО!** Для идентификации заявителя обязательно приложите копию паспорта

**К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:**

Копия паспорта  Реквизиты банковского счета  Документ, подтверждающий полномочия представителя

**ВАЖНО!** Для корректного расчета суммы к возврату, отразите информацию о справке ниже

Справку о получении / неполучении социального налогового вычета:  предоставил(а)  не предоставил(а)

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) право (согласие) на обработку моих персональных данных указанных в Заявлении-Анкете Клиента и приложениях к нему любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления-Анкеты, а также заключенного со мной договора страхования. Настоящее право (согласие) действует до достижения всех указанных целей обработки персональных данных за исключением случаев, когда более длительный срок их обработки предусмотрен действующим законодательством РФ.

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) дата ..  
фио страхователя/представителя

**ПОЛЯ ЗАПОЛНЯЮТСЯ СОТРУДНИКОМ/АГЕНТОМ ООО СК «БКС СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ»**

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) дата ..  
фио сотрудника/агента