

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

Договор страхования от

ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь Представитель

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Фамилия дата рождения
Имя Отчество

ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, УДОСТОВЕРЯЮЩЕГО ЛИЧНОСТЬ

Наименование документа серия номер дата выдачи

кем выдан

код подразделения

ИНН СНИЛС

Контактный телефон Email

АДРЕС ПО МЕСТУ ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ

Индекс адрес

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ / ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Совпадает с адресом постоянной регистрации

Необходимо выбрать один из параметров

Индекс адрес

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

Наименование 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:

поле, обязательное для заполнения!

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	НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА		
Получатель платежа	ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ		
Номер счета	40817810111111111111		
Корреспондентский счет	30101810111111111111		
БИК банка	111111111	ИНН банка	111111111

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

Сумма перевода	<input type="text" value="100 000"/> <small>цифрами</small>	<input type="text" value="Сто тысяч рублей 00 копеек"/> <small>прописью</small>
----------------	--	--

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

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-Анкетe Клиента и приложениях к нему любыми способами, установленными законодательством РФ в целях исполнения настоящего Заявления-Анкетy, 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	<input type="text"/>
	<small>фио страхователя/представителя</small>		

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

Подпись	(_____)	дата	<input type="text"/>
	<small>фио сотрудника/агента</small>		