Генеральному директору

ООО «АльфаСтрахование-Жизнь»

Слюсарю А. В.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. Страхователя полностью)*

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*индекс, адрес для доставки корреспонденции)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, являясь Страхователем по Договору страхования № (далее – Договор страхования), прошу расторгнуть указанный Договор страхования и вернуть уплаченную мной страховую премию (страховой взнос)[1] на расчетный счет по следующим реквизитам:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Получатель выплаты (Страхователь): |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование банка |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Корреспондентский счет (банка) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БИК |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |
| **№ счета получателя\*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет**

Я подтверждаю, что с даты заключения Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев не наступало, страховых выплат не производилось.

Я уведомлен, что Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи настоящего Заявления) либо с 00 часов 00 минут даты подачи настоящего Заявления (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи настоящего Заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, в связи с чем я признаю и осознаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате.

Я подтверждаю, что я не являюсь гражданином США, лицом, имеющим вид на жительство в США, налоговым резидентом либо налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

**Справочно для идентификации Договора страхования** *(заполняется при наличии информации)***:**

Дата оплаты страховой премии (страхового взноса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование Банка/Партнера, где был заключен/оформлен Договор страхования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложения:**

¨ Копия Договора страхования;

¨ Копия документа, подтверждающего уплату страховой премии;

¨ Банковские реквизиты для зачисления выплаты;

¨ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.  *(подпись) (дата)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

О**бращаем Ваше внимание,** что приложив копию Договора страхования, копию документа, подтверждающего уплату страховой премии (страхового взноса), иные документы (при наличии) к настоящему заявлению, Вы ускорите процесс принятия решения о возврате уплаченной Вами страховой премии.

Возврат также может быть осуществлен в кассе по месту нахождения ООО «АльфаСтрахование-Жизнь» при условии подачи соответствующего заявления.

**Адрес для направления настоящего заявления и всех указанных приложений (место нахождения):** 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31. Стр. Б, ООО «АльфаСтрахование-Жизнь».

[1] Возврат страховой премии (страхового взноса) осуществляется при условии, что настоящее заявление было подано в течение 14 календарных дней с даты заключения Договора страхования, если иной срок не предусмотрен Договором страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.