

В ООО «РСХБ-Страхование жизни»

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Страхователя полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

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

адрес: \_\_\_\_\_

(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

### ЗАЯВЛЕНИЕ<sup>1</sup>

Я, являясь Страхователем по Договору страхования № \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования), прошу расторгнуть указанный Договор страхования по причине (**нужное подчеркнуть**): изъятие средств на неотложные нужды, более выгодное вложение, недовольство предложенным сервисом/продуктом

и вернуть уплаченную мной страховую премию на мой расчетный счет по следующим реквизитам:

|                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Банк                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН (банка)            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Расчетный счет (банка) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Корр. Счет (банка)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БИК                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Филиал                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ф.И.О. получателя      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № счета получателя*    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИНН получателя         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Я уведомлен, что Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком 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): \_\_\_\_\_

#### Приложения:

- Копия Документа, удостоверяющего личность;
- Копия документа, подтверждающего уплату страховой премии;
- Копия Договора страхования;
- \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

**Обращаем 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.

Клиент идентифицирован « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

<sup>1</sup> 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.

Сотрудник Банка: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(должность)* *(подпись)* *(ФИО)*