

В ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»
111020, г. Москва, ул. 2-я Синичкина, д.9А, стр.10

От _____
Фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

место рождения (Страна), гражданство (при наличии нескольких указать все)

ИНН _____
Документ, удостоверяющий личность: (серия и номер) _____

наименование выдавшего органа

дата выдачи и код подразделения
Фактический (почтовый) адрес: индекс: _____

Телефоны: моб. _____
дом. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования

Прошу досрочно прекратить договор страхования (страховой полис)

(наименование договора страхования)
№ _____ от «__» _____ 20__ года (далее – Договор) с «__» _____ 20__ г.,
в связи с тем, что

(указать основание прекращения Договора страхования)

Часть уплаченной страховой премии, подлежащую возврату за период, когда страхование по Договору не действовало, прошу перечислить по следующим реквизитам:

Получатель	
Лицевой счет* №	
№ пластиковой карты	
Наименование и адрес банка (отделение)	
Адрес и тел. банка	
БИК банка	
ИНН банка	
Расч. счет банка	
Кор. счет банка	

* Получатель – резидент РФ может указать только реквизиты счета в рублях РФ

Зачесть в счет оплаты страховой премии по Договору страхования _____

№ _____ от «___» _____ 20__
года

Возвращаю полученные страховые документы: - да; - нет - оригинал Договора страхования (страхового полиса) _____

(указать причину невозврата оригинала Договора страхования)

Настоящим я подтверждаю свое ознакомление с целями и условиями обработки персональных данных, содержащимися в Договоре страхования (страховом полисе) и в Правилах страхования расходов граждан, выезжающих за пределы региона проживания в редакции от «29»12.2016 г., действовавших на момент заключения Договора страхования (далее – Правила страхования).

Кроме того, проставляя подпись на настоящем Заявлении, я выражаю свое согласие на обработку ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» (адрес места нахождения: 111020, г. Москва, 2-я ул. Синичкина, д.9а, строен.10) моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, в целях осуществления Страховщиком возврата денежных средств, уведомления о прекращении Договора страхования, контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин отказа от Договора страхования), в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с положениями Договора страхования и/или Правил страхования (с учетом положений настоящего Заявления).

Приложения к Заявлению (нужное отметить):

копия платежного поручения/чек-ордера/ чека по операции/квитанции;

копия документа, удостоверяющего личность;

(указать) _____ иное

Я подтверждаю полноту и правдивость сведений, изложенных выше.

Дата «___» _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

ОТМЕТКА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА:

Дата принятия заявления: «___» _____ 20__ г., зарегистрировано за вх. № _____

Оригинал Договора страхования (страхового полиса) возвращен: - да; - нет

Уполномоченный представитель Страховщика: _____
(Должность сотрудника)

/ _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)