

Внимание! Форма используется в случае, если заявитель обратился по истечении 14 дней со дня заключения договора страхования и заявителем является непосредственно сам Страхователь.

ООО «МАКС-Жизнь»

ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от договора добровольного страхования

Я, являющийся (являющаяся) Страхователем:

Фамилия Имя Отчество			
Дата рождения	□□	□□	□□□□
	Телефон		
Документ, удостоверяющий личность	наименование		серия, номер
	кем и когда выдан		
Адрес места пребывания (фактический)			

отказываюсь от нижеуказанного договора страхования, заключенного между мной и ООО «МАКС-Жизнь», и прошу произвести мне выплату выкупной суммы в размере и порядке, предусмотренном договором страхования:

№ и дата договора страхования	№ _____ от «___» _____ 20__ г.		
Причина расторжения			
Желаемая дата прекращения договора*	укажите желаемую дату прекращения договора		
Документ об оплате страховой премии	наименование, серия, номер		

* Договор прекращается с наиболее поздней из следующих дат: указанная Страхователем дата прекращения договора страхования, дата получения настоящего Заявления Страховщиком.

При принятии решения о выплате выкупной суммы денежные средства прошу перечислить по следующим реквизитам:

Наименование банка			
БИК		ИНН банка	
Расчетный счет			
Корреспондентский счет банка			
Иные реквизиты			

<input checked="" type="checkbox"/>	Я ознакомлен(-а) с информацией об удержании налога на доходы физических лиц в случае непредоставления оригинала справки, выданной налоговым органом, подтверждающей непополнение либо получение налогоплательщиком социального налогового вычета в соответствии с Налоговым кодексом РФ (в отношении договора страхования со сроком страхования 5 лет или более).
-------------------------------------	---

- Прилагаю:**
1. Оригинал полиса страхования жизни.
 2. Оригинал документа, подтверждающего оплату страховой премии.
 3. Копию документа, удостоверяющего личность.
- Справку о подтверждении непополнения налогоплательщиком социального налогового вычета либо подтверждении факта получения налогоплательщиком суммы предоставленного социального налогового вычета. Справка предоставляется при отказе от договора со сроком страхования 5 лет или более.

Заявитель:		
	подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Дата: «___» _____ 20__ г.

Заявление получил:

подпись, должность, Фамилия И.О.

Дата: «___» _____ 20__ г.