

ULIFE

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Заполняется представителем компании Дата приема Заявления « _____ » 20 ____ г. (указывается в день получения Заявления) Ф.И.О. сотрудника, принявшего Заявление _____ (подпись)	в АО «СК «Ю-Лайф» _____ _____ Страхователь Законный представитель Страхователя (нужное отметить знаком <input checked="" type="checkbox"/>)
---	--

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСРОЧНОМ РАСТОРЖЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Прошу досрочно расторгнуть¹ Договор страхования № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
в связи с _____
(указать причину)

и перечислить причитающуюся мне сумму, а также сумму излишне уплаченной страховой премии, если таковые имеются, на реквизиты:

Ф.И.О. Получателя Лицевой расчетный счёт Получателя: _____

Наименование банка: _____

БИК банка: _____

Справку о получении/ не получении социального налогового вычета: **Предоставил** **Не предоставил**

(заполняется для договоров сроком от 5 лет)

Я согласен с тем, что при не предоставлении Справки о получении/не получении мной социального налогового вычета, при определении налоговой базы Страховщик удерживает НДФЛ с суммы страховых взносов, в отношении которых мне был предоставлен социальный налоговый вычет, из причитающейся мне выкупной суммы.

(подпись)

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: наименование _____

серия _____

номер _____

Дата выдачи: _____ Кем выдан: _____

Код подразделения (если имеется): _____

Адрес места жительства (регистрации): _____

Адрес фактического проживания (места пребывания): _____

Тел. дом.: _____

Тел. моб.: _____

ИНН (при наличии): _____

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ: серия _____ номер _____

Дата начала срока действия права пребывания (проживания): _____

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания): _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя Страхователя:

наименование: _____

номер документа: _____

дата выдачи: _____

срок действия: _____

Являюсь Не являюсь Публичным должностным лицом², его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или не полнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным).

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Страховой полис: серия _____ номер _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

2. Копия паспорта на имя _____

3. _____

(подпись заявителя)

(расшифровка подписи)

(дата)

¹ Обращаем Ваше внимание, что полный возврат первого уплаченного по договору страхового взноса, возможен только при подаче заявления в течение периода охлаждения, равного 14 календарным дням с даты заключения договора. После окончания «периода охлаждения» возврат страховой премии не производится, либо производится не в полном объеме, согласно условиям Вашего договора.

² Публичные должностные лица — иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.