

ULIFE

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Заполняется представителем компании

Дата приема Заявления « ____ » 20 ____ г.
(указывается в день получения Заявления)

Ф.И.О. сотрудника, принялшего Заявление

(подпись)

в АО «СК «Ю-Лайф»

Страхователь
Законный представитель Страхователя
(нужное отметить знаком

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 лицомⁱⁱ, 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)

ⁱ 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.

ⁱⁱ Публичные должностные лица — иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должностные членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должностные федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должностные 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.