

АО "СОГАЗ"

107078, Москва г, Академика Сахарова пр-кт, дом № 10
Тел.: +7 (495) 739-21-40; факс: +7 (495) 739-21-39

Вх. № _____

От _____

В АО «СОГАЗ»

От: _____
(Ф.И.О. Страхователя полностью)

Паспортные данные: _____

Адрес фактического проживания: _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

**Заявление о досрочном прекращении Договора страхования
по продукту « _____ »**

Номер Договора страхования (Полиса):

Дата заключения / приобретения Договора страхования (Полиса): _____.____.20__ г.

Необходимо выбрать одну причину прекращения Договора страхования, отметить её «√» или «X», и указав необходимую информацию.

- Отказ от Договора страхования в течение срока действия периода охлаждения
- Прекращение договора в связи с досрочным погашением кредита
- Иное (необходимо указать причину прекращения)

Положенные к возврату денежные средства:

- прошу перечислить на мой расчетный счет – реквизиты прилагаю;
- прошу перечислить на мой расчетный счет по указанным ниже реквизитам:

Получатель платежа (ФИО):	
Банк получателя:	
БИК Банка получателя:	
Корр. счет Банка получателя:	
Номер счета получателя:	

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

- Договора страхования (Полиса) оригинал копия
- кассовый чек / заявление на перевод / платежное поручение / выписка с р/с оригинал копия
- копия паспорта Страхователя
- справка банка о полном погашении кредита
- копия паспорта Представителя Страхователя (если Заявление подается от имени Страхователя его Представителем)
- оригинал нотариальной доверенности Представителя Страхователя (если Заявление подается от имени Страхователя его Представителем)
- копия паспорта получателя платежа (если отличается от страхователя)
- банковские реквизиты для перечисления денежных средств

- копия иных документов / копия документов, подтверждающих событие:

<p>Даю своё согласие на обработку (совершение любых действий с использованием средств автоматизации или без, в том числе на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу (включая трансграничную), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных данных (далее – ПД), указанных в настоящем Заявлении или полученных в процессе обслуживания Договора страхования, в т.ч. и снятия копий с использованием технических средств в целях исполнения АО «СОГАЗ» условий соответствующего Договора страхования.</p>	<p>Страхователь (законный представитель):</p> <p>_____ / _____</p> <p>« ____ » _____ 20__ г.</p>
---	--

Представитель страховщика:

ФИО (расшифровка и подпись)

Должность
