

АО "СОГАЗ"

(филиал АО «СОГАЗ»)

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, отметив её «√» или «X», и указав необходимую информацию.

- Отказ от Договора страхования в течение срока действия периода охлаждения (14 календарных дней со дня заключения договора страхования)
- Прекращение договора в связи с полным досрочным погашением кредита

Положенные к возврату денежные средства:

- прошу перечислить на мой расчетный счет в банке _____ открытый для предоставления Кредита;
- 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>
---	--