

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о расторжении Договора страхования**

Договор страхования №  от    г.

**Сведения о Заявителе** – Страхователе:

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	Дата рождения	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	Паспорт <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Дата окончания срока действия (для не резидентов)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Адрес места жительства (регистрации)	<input type="text"/>		
Адрес проживания (если отличается от регистрации)	<input type="text"/>		
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Прошу прекратить действие Договора страхования (расторгнуть) с     г.  
(дата расторжения)

**и перечислить причитающуюся в связи с расторжением Договора страховую премию:**

В счет оплаты страхового взноса по Договору страхования с ООО «СК «Ренессанс Жизнь» №

По следующим банковским реквизитам:

**Внимание! Все поля обязательны для заполнения.**

Наименование Банка (и его отделения):

БИК:

Расчетный счет:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет / номер карты:

Я ознакомлен с информацией об удержании налога на доходы физических лиц в случае не предоставления оригиналов справок, выданных налоговым органом, подтверждающих неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета.

**К заявлению прилагаю:**

- Копия Договора страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- Платежные документы об оплате страховой премии;
- Справка(и) ИФНС;
- Банковские реквизиты, справка (при наличии);

(подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО Страхователя)

\_\_\_\_\_ (Дата заявления)

**Служебные отметки:**

Вх.№ <input type="text"/> - <input type="text"/> /201 от <input type="text"/> . <input type="text"/> .20 <input type="text"/> г.	Заявка № <input type="text"/>
ФИО Сотрудника: <input type="text"/>	Подпись: <input type="text"/>
Должность / Представитель Страховщика <input type="text"/>	