|  |  |
| --- | --- |
|  | **Акционерное общество****ВТБ Страхование жизни**Адрес юридического лица:ул. Мясницкая, д. 48,г. Москва, 107078 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о расторжении договора страхования**

ПОЛИС № □□□□□□□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Я,**(ФИО Страхователя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Почтовый адрес:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Контактный телефон** | (□□□)□□□□□□□ |
| **Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность:** | Серия □□□□ № □□□□□□ дата выдачи □□.□□.□□□□ Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование выдавшего органа) |
| **прошу расторгнуть договор страхования.** |
| **Выплату выкупной суммы произвести:**  |
| □ | безналичным перечислением на мой текущий счет в банке  |
| Название банка получателя |  |
| ИНН банка | □□□□□□□□□□ | БИК банка | □□□□□□□□□ |
| Кор. счет банка | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | № счетафиз лица | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| □ | зачислить в счет очередных платежей по | Полис /договору | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ФИО и подпись Страхователя:** |
| **Дата** | «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. | **Страхователь:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

Настоящим подтверждается, что АО ВТБ Страхование жизни приняло \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

От Страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявление о расторжении Договора страхования

Полис № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО и должность сотрудника АО ВТБ Страхование жизни) (подпись)