

Заявление на расторжение договора страхования



Сведения о Страхователе

Ф. И. О. СТРАХОВАТЕЛЯ
ПОЛНОСТЬЮ
В ИМЕНИТЕЛЬНОМ
ПАДЕЖЕ

Прошу расторгнуть Договор страхования №

по причине полного погашения задолженности по ипотечному кредиту

ДА

НЕТ

ДАТА
РОЖДЕНИЯ

МЕСТОРОЖДЕНИЯ
(с указанием страны)

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

тип

серия

номер

дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

телефон мобильный

адрес электронной почты

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ

СТАТУС НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКА:

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ РФ

ИНН

НАЛОГОВЫЙ
РЕЗИДЕНТ ИНОЙ СТРАНЫ

ИНН (TIN)

СТРАНА
РЕЗИДЕНТСТВА

для ГРАЖДАН
и/или НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКОВ США

номер соц. страхования (SSN)

ID

ИНН (TIN)



Сведения о Получателе выплаты

Совпадает со страхователем

Ф. И. О. ПОЛУЧАТЕЛЯ
ВЫПЛАТЫ ПОЛНОСТЬЮ
В ИМЕНИТЕЛЬНОМ
ПАДЕЖЕ

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

код из SMS-подтверждения

дата

ДАТА РОЖДЕНИЯ МЕСТОРОЖДЕНИЯ (с указанием страны)

ДОКУМЕНТ,
УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ
ЛИЧНОСТЬ

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
тип	серия	номер	дата выдачи
<input type="text"/>			
кем выдан, код подразделения			

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

АДРЕС МЕСТА ПРЕБЫВАНИЯ (если отличается от адреса регистрации)

адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
телефон мобильный	адрес электронной почты

ГРАЖДАНСТВО

ВТОРОЕ ГРАЖДАНСТВО

ГРАЖДАНСТВО ОТСУТСТВУЕТ

СТАТУС НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКА:

НАЛОГОВЫЙ РЕЗИДЕНТ РФ

ИНН

НАЛОГОВЫЙ
РЕЗИДЕНТ ИНОЙ СТРАНЫ

ИНН (TIN)

СТРАНА
РЕЗИДЕНТСТВА

для ГРАЖДАН
И/или НАЛОГООПЛАТЕЛЬЩИКОВ США

номер соц. страхования (SSN)

ID

ИНН (TIN)



Для представителей по доверенности

* Заполняется Представителем по доверенности. Фамилия, имя, отчество и прочие идентификационные данные представителя отражены в приложенном к настоящему заявлению документе, подтверждающем полномочия представителя.

ДОКУМЕНТ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ
ПОЛНОМОЧИЯ
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

наименование

номер

дата выдачи

срок действия документа



Для иностранных граждан и лиц без гражданства

МИГРАЦИОННАЯ КАРТА

серия и номер

дата начала срока пребывания

дата окончания срока пребывания

ДОКУМЕНТ,
ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ
ПРАВО ИНОСТРАННОГО
ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА
БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА
ПРЕБЫВАНИЕ В РФ

тип

серия

номер

дата начала срока действия
права пребывания (проживания)

дата окончания срока действия
права пребывания (проживания)

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

код из SMS-подтверждения

дата



Декларация Страхователя

Подписывая настоящее заявление я,

- подтверждаю, что с условиями расторжения договора страхования согласен(а);
- подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ (публичные должностные лица);

 ДА НЕТ (заполните поля ниже)

ДОЛЖНОСТЬ

НАИМЕНОВАНИЕ
РАБОТОДАТЕЛЯАДРЕС
РАБОТОДАТЕЛЯ

- подтверждаю, что я не являюсь супругом, близким родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными или неполнородными (имеющими общие отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными публичного должностного лица или иностранного публичного должностного лица или действующим от имени указанных лиц;

 ДА НЕТ (заполните поля ниже)СТЕПЕНЬ
РОДСТВА

- подтверждаю, что Бенефициарным владельцем является Страхователь. Основания для признания иных физических лиц лицами, имеющими возможность контролировать действия Страхователя, отсутствуют.
- я осведомлен, что Страховщик ООО «СК «Райффайзен Лайф» вправе удерживать сумму задолженностей по уплате страховых взносов из причитающихся мне выплат;
- я понимаю и признаю, что данная выплата будет означать полное и окончательное выполнение всех обязательств ООО «СК «Райффайзен Лайф» по данному Договору страхования.



Согласие на обработку персональных данных

ДА

- предоставляю ООО «СК «Райффайзен Лайф», 115230, г. Москва, 1й Нагатинский пр-д, дом 10, стр 1, далее «Страховщик») персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби), содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее – «Персональные данные»);
- своей волей и в своем интересе даю Согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (включая сведения, составляющие врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу моих Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) АО «Райффайзенбанк», 129090, г. Москва, ул. Троицкая, д. 17, стр. 1, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- согласен с тем, что вышеизложенное Согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно на весь период действия Договора страхования и в течение пяти лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;
- понимаю и согласен, что указанное Согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве Согласия на обработку Персональных данных. При этом такой отзыв может являться основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;
- разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику;
- заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;
- подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной Независимо от всех иных положений Договора страхования, Договор обеспечивает страховое покрытие в той мере, в какой оно не противоречит каким либо экономическим, торговым или финансовым санкциям и или эмбарго Совета Безопасности Организации Объединенных Наций, Европейского союза или любому национальному законодательству, применимому к сторонам Договора. Это также относится к экономическим, торговым или финансовым санкциям и/или эмбарго, введенным Соединенными Штатами Америки или другими странами, если они не противоречат законодательству Европейского союза или законодательству Российской Федерации.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

код из SMS-подтверждения

дата



Важно

– Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия; если законным наследником – свидетельство о праве на наследство или его нотариально заверенная копия.
– Дата и время принятия заявления определяются по московскому времени.



Реквизиты для получения выплаты

Выплату (в случае наличия) прошу произвести по следующим реквизитам:

Ф.И.О. ВЛАДЕЛЬЦА СЧЕТА	<input type="text"/>																			
НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА	<input type="text"/>																			
РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	<i>20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка</i>																			
БИК	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9											



К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>

СТРАХОВАТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

код из SMS-подтверждения

дата