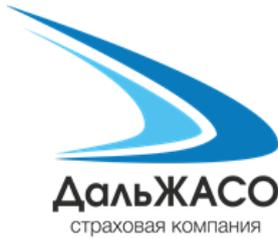


**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ПРИМЕНИМА ТОЛЬКО ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ 14 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ  
С ДАТЫ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА (ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ)**

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ (ЛИЦОМ, ОПЛАТИВШИМ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ)**



**В АО «ДальЖАСО» (далее – «Страховщик»)**

от Страхователя \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
серия и номер  
\_\_\_\_\_ наименование выдавшего органа  
\_\_\_\_\_ дата выдачи и код подразделения

Фактический (почтовый) адрес: \_\_\_\_\_ индекс:  
\_\_\_\_\_

Телефоны: \_\_\_\_\_ моб.  
\_\_\_\_\_ дом.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об отказе от Договора страхования (о расторжении) и возврате страховой премии**

Настоящим, я отказываюсь в полном объеме от договора добровольного страхования (Страхового полиса)

№ \_\_\_\_\_, заключенного мной \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (далее – договор страхования), и прошу вернуть оплаченную по договору страхования страховую премию. При этом, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся.

**Пожалуйста, укажите причину отказа от договора страхования (отметьте один или несколько вариантов):**

<input type="checkbox"/>	Не осознаю необходимости в данной страховой программе
<input type="checkbox"/>	Обнаружил неприемлемые пункты в условиях договора страхования
<input type="checkbox"/>	Иное (просьба пояснить):

**Возврат денежных средств прошу осуществить безналичным перечислением по следующим реквизитам:**

Наименование банка (и его отделения): \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_ ИНН банка: \_\_\_\_\_

Расчетный счет банка (при наличии): \_\_\_\_\_

Корреспондентский счет банка: \_\_\_\_\_

Лицевой счет заявителя: \_\_\_\_\_

Настоящим я подтверждаю свое ознакомление с целями и условиями обработки персональных данных, содержащимися в договоре страхования (страховом полисе) и в Правилах комплексного страхования заемщиков кредита в редакции, действовавшей на момент заключения договора страхования (далее – Правила страхования). Кроме того, проставляя подпись на настоящем Заявлении, я выражаю свое согласие на использование Страховщиком моих персональных данных в целях осуществления Страховщиком контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления (например, для выяснения причин отказа от договора страхования), в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи. Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с положениями договора страхования и Правил страхования (с учетом положений настоящего Заявления).

Приложения (нужное отметить ):

- оригинал страхового полиса;
- оригинал заявления на страхование к полису;
- копия паспорта (стр.2-3);
- иное (указать) \_\_\_\_\_.