

от

(ФИО страхователя)

Адрес регистрации:

Полис:

Телефон мобильный:

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА КОМПЛЕКСНОГО ИПОТЕЧНОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Прошу расторгнуть Договор страхования (Полис) № _____ от _____ 20 ____ г. (ниже
выделить «☒» один из вариантов прекращения Договора страхования):

- ☐ Отказ от договора по личному желанию страхователя;
- ☐ Полное погашение кредита;
- ☐ Отказ от договора в связи непредоставлением, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования;
- ☐ Расторжение договора в связи прекращением страхового риска;
- Иные причины, предусмотренные законодательством.

В случае полного / частичного возврата страховой премии/взноса (ее/его части) просьба возврат денежных средств произвести по следующим реквизитам:

ИНН (для юр.л. и ИП)	<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"/>
Наименование банка	<input type="text"/>
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"/>
Расчетный счет	<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"/>
Корреспондентский счет	<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"/>
Лицевой счет	<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"/>

Подпись _____ / _____ / « ____ » _____ 20 ____ г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ СПАО «ИНГОССТРАХ»

Дата принятия документов: « ____ » _____ 20 ____ г.

ФИО сотрудника СПАО «Ингосстрах»: _____

Заявление акцептовано:

Подпись _____ / _____ / « ____ » _____ 20 ____ г.