

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"/>
Наименование банка	
БИК	<input type="text"/>
Расчетный счет	<input type="text"/>
Корреспондентский счет	<input type="text"/>
Лицевой счет	<input type="text"/>

Подпись \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_ » 20 г.

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКОМ СПАО «ИНГОССТРАХ»**

Дата принятия документов: « \_\_\_\_ » 20 г.

ФИО сотрудника СПАО «Ингосстрах»: \_\_\_\_\_

Заявление акцептовано:

Подпись \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_ » 20 г.