

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОСРОЧНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ОШИБОЧНЫЙ ПЛАТЕЖ, ПЕРЕПЛАТУ

ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V

Я, **Иванов Иван Иванович**

(Ф. И. О. полностью)

являясь Страхователем наследником Страхователя¹ представителем Страхователяпо договору страхования № **00000-00000000**

от . . . г.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Ф. И. О. **Иванов Иван Иванович**Гражданство **РФ либо иное**Дата рождения **xx.xx.xxxx** г. Место рождения **Указать данные в соответствии с паспортом**Документ, удостоверяющий личность **паспорт** серия **00 00** номер **000000**Кем и когда выдан **Указать данные в соответствии с паспортом****xx.xx.xxxx** код подразделения **000 - 000**

Данные миграционной карты:

серия (при наличии) _____ номер _____

Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г. Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: наименование документа _____ серия (при наличии) и номер _____

Дата начала срока пребывания в Российской Федерации . . . г. Дата окончания срока пребывания в Российской Федерации . . . г.

Адрес регистрации: индекс _____ страна **РФ либо иное**регион (область, республика, край, район) **Указать в соответствии с паспортом;**город/населенный пункт **Указать в соответствии с паспортом;**улица **Указать в соответствии с паспортом;**дом (корп., стр.) **Указать в соответствии с паспортом;** квартира **Указать в соответствии с паспортом;**Адрес фактического места жительства совпадает с адресом регистрациииндекс _____ страна **Поставить галочку, либо заполнить необходимую информацию**

регион (область, республика, край, район)

город/населенный пункт

улица

дом (корп., стр.) _____ квартира _____

Контактный телефон **0(000) 000-00-00** E-mail _____ Факс _____СВЕДЕНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАЛИЧИЕ У ЗАЯВИТЕЛЯ ПОЛНОМОЧИЙ НАСЛЕДНИКА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВАТЕЛЯ² (в случае если заявителем является не Страхователь) Свидетельство о праве на наследство Устав Решение органа государственной власти Доверенность Договор заявитель является представителем Страхователя в силу закона Иной документ, подтверждающий полномочия (указать): _____¹ Если у Страхователя несколько наследников, к которым перешли права и обязанности по договору страхованию, то каждый из наследников должен заявить о расторжении договора страхования (предоставить заявление на досрочное прекращение договора страхования, ошибочный платеж, переплату).² Требуется приложить оригиналы или заверенные копии подтверждающих документов к настоящему заявлению.

номер (при наличии):		дата выдачи: . . . г.	
срок действия (если применимо):			
место выдачи (если применимо)			
ПРИЧИНА ОБРАЩЕНИЯ			
<input checked="" type="checkbox"/> ДОСРОЧНОЕ СТРАХОВАНИЯ	ПРЕКРАЩЕНИЕ	ДОГОВОРА	<p>Заявитель полностью отказывается от вышеуказанного договора страхования. В связи с тем, что:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Не подходят следующие условия: срок договора / доходность программы / обязательства по взносам / условия расторжения</p> <p><input type="checkbox"/> Изменилась жизненная ситуация: необходимы денежные средства / семейные обстоятельства / передумал</p> <p><input type="checkbox"/> Не подходит программа в связи с несоответствием условиям декларации: болезнь / вид деятельности / возраст</p> <p><input type="checkbox"/> Укажите, пожалуйста, причину _____</p> <p style="text-align: center;">Проставить галочку в соответствующем квадрате</p>
<input type="checkbox"/> ПЕРЕПЛАТА	<p>Заявитель просит вернуть излишне (ошибочно) уплаченные денежные средства по вышеуказанному договору страхования, при этом, в случае если договор страхования действует на дату предоставления настоящего заявления, то его действие не прекращается в связи с возвратом излишне (ошибочно) уплаченных денежных средств.</p>		
<input type="checkbox"/> НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПЛАТЕЖ	<p>Заявитель просит вернуть уплаченные денежные средства по вышеуказанному договору страхования в 100% размере, в связи с тем, что страховая премия (первый страховой взнос) по договору страхования был оплачен не полностью или позднее установленного договором страхования срока. В данном случае договор страхования будет признан не вступившим в силу.</p>		
<input type="checkbox"/> ИНОЕ (указать причину):			
СПОСОБ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ (если по итогам рассмотрения заявления денежные средства подлежат возврату (выплате))			
<input type="checkbox"/>	Зачесть в счет оплаты страховой премии по договору страхования ³ № _____		от . . . г.
<input type="checkbox"/>	частично, в размере: _____		/ <input type="checkbox"/> полностью
(цифрами и прописью)			
<input checked="" type="checkbox"/>	Перечислить на банковский счет по следующим реквизитам (в случае если денежные средства / часть денежных средств зачисляется в счет оплаты договора страхования, указанного выше, на банковский счет перечисляется остаток денежных средств (если предусмотрено)):		
Получатель: <input checked="" type="checkbox"/> Страхователь / <input type="checkbox"/> заявитель, не являющийся Страхователем Проставить галочку в соответствующем квадрате			
Ф. И. О получателя: Иванов Иван Иванович			
Расчетный (Лицевой) счет получателя: Указать необходимые данные (20 цифр);			
Наименование банка (филиала, отделения): Указать необходимые данные;			
Корр. счет банка: Указать необходимые данные (20 цифр);			
БИК банка Указать необходимые данные (9 цифр);			
ИНН банка			
Комментарий (при наличии):			
ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ			
<input checked="" type="checkbox"/>	Документ, удостоверяющий личность заявителя (в том числе страница, содержащая данные о регистрации)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Договор страхования со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному договору страхования		
<input type="checkbox"/>	Документы, подтверждающие оплату договора страхования		
<input type="checkbox"/>	Справка, выданная налоговым органом, подтверждающая неполучение социального налогового вычета за оплату договора страхования ⁴		
<input type="checkbox"/>	Свидетельство о праве на наследство (если заявителем является наследник Страхователя)		
<input type="checkbox"/>	Справка о круге наследников (если заявителем является наследник Страхователя)		
<input type="checkbox"/>	Документы, подтверждающие полномочия представителя Страхователя (указать): _____ Проставить галочки в соответствующих квадратах		
<input type="checkbox"/>	Анкета идентификации (сведения о физическом лице)		
<input type="checkbox"/>	Анкета идентификации (сведения о юридическом лице)		
<input type="checkbox"/>	Иные документы (по согласованию со Страховщиком):		

³ Зачесть денежные средства возможно только в счет оплаты договора страхования, заключенного в ООО «Росгосстрах Жизнь».

⁴ Предоставляется для договоров страхования жизни, заключенных на срок от 5 лет и предусматривающих выплату выкупной суммы в случае досрочного прекращения договора страхования, когда данная выкупная сумма не равна нулю. В случае не предоставления справки о неполучении социального налогового вычета, при выплате выкупной суммы будет удержан налог в размере суммы социального налогового вычета. Если социальный налоговый вычет не оформлялся, но при этом нет возможности приложить справку о неполучении социального налогового вычета, возврат удержанных средств можно осуществить, обратившись в налоговую инспекцию по месту жительства.

ДЕКЛАРАЦИЯ СООТВЕТСТВИЯ (ДЛЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА)

Подписывая настоящее заявление заявитель

 подтверждает / не подтверждает, что получатель денежных средств⁵:

– является гражданином Российской Федерации;

Поставить галочку в соответствующем квадрате

– не является налоговым резидентом США;

– не является налоговым резидентом страны, отличной от Российской Федерации;

– не является иностранным публичным должностным лицом («иностранное публичное должностное лицо» означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия), должностным лицом публичных международных организаций («должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени), российским публичным должностным лицом, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности в Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, родственником кого-то из вышеперечисленных лиц (супругом, родителем, ребенком, дедушкой, бабушкой, внуком, полнородным и неполнородным (имеющим общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) или представителем, действующим от его имени.

В случае подпадания под вышеуказанные категории лиц, необходимо указать степень родства / должность, наименование и адрес работодателя:

– не принадлежит (не зарегистрирован, не проживает и не находится) к государству (территории): с высокой террористической или экстремистской активностью; в отношении которого (которой) применяются специальные экономические меры в соответствии с Федеральным законом «О специальных экономических мерах»; которое (которая) не выполняет рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), либо с использованием счета в банке, зарегистрированном в указанном государстве (на указанной территории) – ИР Иран, КНДР (включая международные неправительственные организации), к государствам (территориям) с повышенным уровнем коррупции и/или другой преступной деятельности; предоставляющему (предоставляющей) льготный режим налогообложения и/или не предусматривающему (предусматривающей) раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (офшорной зоны); не имеет открытого банковского счета, зарегистрированного в указанном государстве или на указанной территории;

– не имеет бенефициарного владельца (иное физическое лицо не имеет возможности контролировать его действия).

Заявитель подтверждает отсутствие у получателя денежных средств: действующей профессиональной дисквалификации, непогашенной судимости или административного взыскания в соответствии с законодательством Российской Федерации, просроченной задолженности в кредитных организациях.

Получатель денежных средств обязуется заполнить и подписать материалы, предоставленные ООО СК «Росгосстрах Жизнь» для целей исполнения Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ, Главы 20.1 Налогового Кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 28.06.2014 № 173-ФЗ, FATCA (в случае наличия налогового резидентства страны, отличной от Российской Федерации).

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Заявитель в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в отношении своих персональных данных и персональных данных Страхователя (в случае если заявителем является представитель Страхователя) свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания "Росгосстрах Жизнь" (121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1) на обработку персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), трансграничную передачу, в том числе в страны, обеспечивающие и не обеспечивающие адекватную защиту прав субъектов персональных данных, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях заключения, сопровождения, исполнения, прекращения договора страхования и перестрахования, продвижения страховых услуг, проведения рекламных и маркетинговых акций, а также выполнения требований законодательства Российской Федерации. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (при условии их раскрытия в настоящем заявлении): фамилия, имя, отчество; дата рождения; номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, дата выдачи документа, орган, выдавший документ; адрес регистрации; адрес фактического места жительства; контактные номера телефонов (мобильного и/или домашнего); адреса электронной почты; факс; банковские реквизиты. ООО СК «Росгосстрах Жизнь» вправе поручить обработку персональных данных другому лицу, на основании заключаемого с этим лицом договора.

Согласие на обработку персональных данных начинает свое действие с момента подписания настоящего заявления и действует в течение всего срока действия договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения. Согласие может быть отозвано в любое время путем направления Страховщику письменного уведомления (путем направления заказного письма с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика).

 Я, **Иванов Иван Иванович**

(Ф. И. О. полностью)

– подтверждаю отсутствие событий, имеющих признаки страхового случая, по договору страхования (в случае досрочного прекращения договора страхования);

– обязуюсь незамедлительно сообщить Страховщику об изменении данных, предоставленных мной в настоящем заявлении, в том числе данных необходимых для перечисления денежных средств (банковских реквизитов).

⁵ В случае не подтверждения соответствия положениям декларации просьба заполнить и приложить к настоящему заявлению Анкету идентификации (сведения о физическом лице) (приложение к настоящему заявлению). Если получателем денежных средств является юридическое лицо, Анкета идентификации (сведения о юридическом лице) заполняется всегда. В случае несоответствия положениям декларации и/или при отсутствии заполненной Анкеты идентификации, Страховщик имеет право отказать в принятии настоящего заявления.

Заявитель, подписывая настоящее заявление, дает свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных Страхователя (в случае если заявителем является представитель Страхователя) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в соответствии с настоящим заявлением.

Ф.И.О. ЗАЯВИТЕЛЯ:	Иванов Иван Иванович		
ПОДПИСЬ	Подпись	ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ	XX.XX.XXXX г.

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

Дата время получения заявления от Страхователя	_____ часов _____ минут . . . г.
Сотрудник Банка / Агент	_____/_____ (подпись) (ФИО)
ID АГЕНТА	
РЕГИОН ОФОРМЛЕНИЯ (ГОРОД)	

ПАМЯТКА ПРИ ДОСРОЧНОМ ПРЕКРАЩЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С УСЛОВИЯМИ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Перед тем, как отказаться от договора страхования, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с соответствующими условиями договора страхования (в т. ч. с приложениями к нему). Обратите особое внимание на случаи, когда уплаченная премия не подлежит возврату или выкупная сумма (если предусмотрена договором страхования) равняется нулю.

ПОДГОТОВЬТЕ/СОБЕРИТЕ НУЖНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Ниже в памятке приводится список возможных документов, однако помните, что собирать документы следует с учетом конкретной ситуации, в зависимости от обстоятельств и причин досрочного прекращения договора страхования.

Все необходимые документы следует заблаговременно подготовить (заверить, где это требуется) и приложить к заявлению. Это важно для ускорения рассмотрения заявления и для вашего удобства.

ПРЕДСТАВЬТЕ ДОКУМЕНТЫ В СТРАХОВУЮ КОМПАНИЮ ОДНИМ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СПОСОБОВ

- Заказным письмом по почте на адрес Страховой компании: 119991, г. Москва-59, ул. Киевская, д. 7, к. 1.
- Лично либо по средствам курьерской службы по месту приема заявлений: 121059, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1.

Режим работы офиса Страховой компании: понедельник – пятница с 09:30 до 18:00 МСК.

Скачать форму заявления и ознакомиться с информацией о способах и местах приема заявлений вы можете на официальном сайте Страховой компании (www.rgsi.ru) либо можете обратиться в службу клиентской поддержки Страховой компании по телефону: 8 (800) 100-12-10 (бесплатно по России).

ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

ВСЕГДА	<ul style="list-style-type: none"> • Подписанное заявление на досрочное прекращение договора страхования, ошибочный платеж, переплату (оригинал по форме Страховщика). • Копия документа, удостоверяющего личность заявителя (в т. ч. применительно к паспорту гражданина Российской Федерации, страницы с указанием места жительства), а также документы, удостоверяющие право заявителя на получение денежных средств, если выплата, когда она полагается, получает не Страхователь (например, свидетельство о праве на наследство). • Договор страхования со всеми приложениями к нему, включая все имеющиеся заключенные дополнительные соглашения к данному договору страхования (оригинал или копия).
ДОПОЛНИТЕЛЬНО	ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ НАСЛЕДНИК СТРАХОВАТЕЛЯ
	<ul style="list-style-type: none"> • Свидетельство о праве на наследство или Справка о круге наследников (оригинал или нотариально удостоверенная копия).
	ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВАТЕЛЯ
	<ul style="list-style-type: none"> • Документы, подтверждающие полномочия представителя Страхователя (оригинал или удостоверенная надлежащим образом копия).
	ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ДОСРОЧНО ПРЕКРАТИТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ СО СРОКОМ ОТ 5 ЛЕТ
	<ul style="list-style-type: none"> • Справка, выданная налоговым органом / работодателем, подтверждающая неполучение социального налогового вычета за оплату договора страхования (оригинал).
	<p>Подсказка: При выплате выкупной суммы (если она предусмотрена договором страхования и не равняется нулю) Страховщиком удерживается сумма налога, которая исчисляется в соответствии с положениями Налогового кодекса Российской Федерации. Во избежание подобного удержания следует предоставить Страховщику соответствующую справку, выданную налоговым органом. Если справка о неполучении социального налогового вычета будет предоставлена Страховщику, Страховщик выплатит выкупную сумму без удержания НДФЛ (ст. 213 НК РФ). Страховщик исчисляет, удерживает и уплачивает в бюджет налог на доходы физических лиц со взносов по договору страхования, оплаченных начиная с 1 января 2015 г. за каждый календарный год, в котором налогоплательщик имел право на получение социального налогового вычета, а также если срок страхования договора страхования жизни 5 и более лет.</p>
ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ (ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО) НЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ДЕКЛАРАЦИЮ СООТВЕТСТВИЯ В ЗАЯВЛЕНИИ	
<ul style="list-style-type: none"> • Анкета идентификации (сведения о физическом лице) 	
ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ (ЮРИДИЧЕСКОЕ ЛИЦО)	
<ul style="list-style-type: none"> • Анкета идентификации (сведения о юридическом лице) 	

ВАЖНО!

В настоящей памятке приведены наиболее распространенные документы. Страховщик оставляет за собой право запросить иные документы, если это предусмотрено условиями договора страхования (приложениями к нему) или законодательством Российской Федерации.

При заполнении заявления следует корректно и полно указывать всю необходимую информацию.