ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ КОМПАНИИ
Дата приема Заявления «___» _____ 20__ г.
(указывается в день получения Заявления)
Ф.И.О. сотрудника принявшего Заявление
_____
_____Подпись
☐ Продающее подразделение
☐ Отдел учета/Отдел УУ
(нужное отметить)

В АО «СК «Югория-Жизнь»
_____
_____
_____
(Ф.И.О. Заявителя)
☐ Страхователь
☐ Законный представитель страхователя
(нужное отметить)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОСРОЧНОМ РАСТОРЖЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Прошу досрочно расторгнуть Договор страхования № _____ от «__» _____ 20__года в связи с (указать причину) _____ и перечислить причитающуюся мне выкупную сумму, а так же сумму излишне уплаченной страховой премии, если таковые имеются, на реквизиты:

Ф.И.О. получателя_____
Лицевой расчетный счет получателя:_____
Наименование банка:_____
Кор/сч банка:_____
БИК банка:_____
ИНН банка:_____
КПП банка:_____

Справку о получении/ не получении социального налогового вычета

☐ **Предоставил;** ☐ **Не предоставил**

Я согласен с тем, что при не предоставлении Справки о получении/не получении мной социального налогового вычета, при определении налоговой базы Страховщик удерживает НДФЛ с суммы страховых взносов, в отношении которых мне был предоставлен социальный налоговый вычет, из причитающейся мне выкупной суммы.

Подпись_____

Сведения о заявителе:

Дата рождения: |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г| Место рождения: _____Гражданство: _____
Документ, удостоверяющий личность**:** наименование _____серия _____номер _____
Дата выдачи: |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г| Кем выдан**:** _____
_____
Код подразделения (если имеется)**:** |___|___|___| - |___|___|___|
Данные миграционной карты: серия _____ номер _____
Дата начала срока пребывания: |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г|
Дата окончания срока пребывания: |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г|
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ: серия (если имеется)_____ номер _____
Дата начала срока действия права пребывания (проживания) |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г|
Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) |Д|Д|.|М|М|.|Г|Г|Г|Г|
Дата и номер документа, подтверждающего наличие соответствующих полномочий представителя страхователя: _____

☐ **Являюсь** ☐ **Не являюсь**

иностранным публичным должностным лицом, его супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей или нисходящей линии (родителем или ребенком, дедушкой, бабушкой или внуком), полнородными или не полнородными (имеющим общего отца или мать) братом или сестрой, усыновителем или усыновленным) **(нужное подчеркнуть)**.

Адрес регистрации: _____
_____
Место жительства (место пребывания) _____
_____
Тел. дом. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Тел. моб. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ИНН |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Приложения:

1. Страховой полис: номер _____ от «____» _____ **20 ___ г.**
2. Копия паспорта на имя _____
3. _____
4. _____
5. _____

«____» _____ **20 ___ г.** _____
(подпись заявителя)