

Заявление о досрочном прекращении (расторжении) договора страхования

Страхователь:

ФИО страхователя

Телефон: Email:

Указывая настоящий email адрес, я как Страхователь отказываюсь от получения документов на бумажном носителе и прошу ООО СК «Пuls» направлять всю корреспонденцию на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения электронного письма от ООО СК «Пuls» уведомление от сервера о доставке соответствующего электронного письма

Документ удостоверяющий личность: паспорт РФ иной документ:

наименование документа

для паспорта: серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения · для иных документов – аналогичные реквизиты

Адрес регистрации:

по паспорту

область / край / округ

район (если есть)

город / населенный пункт

улица

№ дома / участка

корпус

квартира

Дата рождения: ИНН: СНИЛС:

номер ИНН, при наличии

номер СНИЛС, при наличии

Прошу вас досрочно прекратить (расторгнуть) договор страхования от

номер договора страхования

дата заключения

Причина отказа от договора страхования

больше не нуждаюсь в договоре

не нравится сервис

не устраивают условия договора

слишком дорого

больше нет объекта страхования

нашел / нашла лучшие условия

другое

укажите причину расторжения

Если условиями Договора страхования предусмотрен возврат страховой премии, то прошу осуществить перечисление денежных средств по следующим реквизитам:

ФИО получателя: соответствует ФИО страхователя

укажите ФИО получателя, если оно отличается от ФИО страхователя

Наименование банка: БИК: Лицевой счет получателя:

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1: 2: 3: 4:

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю своё согласие на обработку ООО СК «Пuls» (115114, г. Москва, ул. Кожевническая, д. 14, стр. 2) (далее — Страховщик), моих персональных данных (ФИО, номер телефона, адрес электронной почты, адрес регистрации, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность), указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в целях надлежащего исполнения Договора страхования.

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу, удаление, уничтожение указанных персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению.

Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ.

Дата заявления:

Заявитель:

подпись

ФИО