

Прошу расторгнуть Договор/Полис страхования № _____

от _____

с _____

(указывается дата не ранее даты подачи заявления, за исключением случаев расторжения по инициативе Страховщика)

Выплату прошу произвести:

_____ безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)

Реквизиты Получателя: (обязательно для заполнения)	Реквизиты банка Получателя: (обязательно для заполнения)
ФИО получателя _____	Наименование банка _____
Расчетный (лицевой) счет получателя _____	ИНН банка _____
_____	БИК банка _____
Карточный счет получателя _____	К/счет банка _____
_____	Расчетный счет банка _____

_____ зачислить в счет очередных платежей

_____ (номер полиса, сумма перевода)

Я проинформирован, что в случае непредставления справки о неполучении налогового вычета, с суммы выплаты будет удержан НДФЛ в соответствии с действующим законодательством. Период ожидания ООО СК «Альянс Жизнь» справки о неполучении налогового вычета не может превышать 3х месяцев, в течение которого Страховщик не производит выплату. После истечения данного срока (в случае непредставления справки) выкупная сумма в любом случае будет перечислена на указанные мною реквизиты.

Я буду предоставлять справку о неполучении налогового вычета за 20__ – 20__ гг.

Против информирования о статусе рассмотрения заявления по указанным мною контактными данным (в том числе предоставления сведений о размере выплат) не возражаю.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю свое согласие на обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт, и его копия); контактные телефоны (мобильный, домашний, служебный), адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, ИНН, номер банковского счета и банковской карты, реквизиты банка, доходы и иной доступной либо известной информации в любой конкретный момент времени из открытых источников, оператору Персональных данных («Оператор») – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д.30, в зданиях («Цели»); заключения и/или исполнения заключенного Договора; осуществления информационного сопровождения исполнения Договора, путем осуществления прямых контактов со мной с помощью различных средств связи, включая, но, не ограничиваясь, электронная почта, информационно-коммуникационные сервисы, телефон, почта и учета предоставленной мной информации в базах данных, выражаю свое согласие и разрешаю Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение). Я соглашаюсь с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку, включая трансграничную передачу, Персональных данных третьим лицам, а именно: АО СК «Альянс» с местоположением по адресу: 115184, Россия, г. Москва, Озерковская набережная, д.30; Альянс Технолоджи СЕ с местоположением по адресу 81737, Германия, г. Мюнхен, ул. Фритц-Шеффер, д.9; компаниям группы Альянс; контрагентам Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора. Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора. Настоящее Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 5 (Пяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях. Настоящее Согласие может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора.

_____ (ФИО Страхователя)

_____ (подпись Страхователя)

Заявление
принял:

_____ (ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)

Расторжение
согласовал:

_____ (ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)