

Сумма к возврату:

Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания "Альянс Жизнь",  
адрес: РФ, 115184, Москва, Озерковская наб., д. 30,  
тел. +7 495 232 0100, факс +7 495 956-6822  
ИНН 7727257386, р/с № 40701810500060000080 в БАНК ВТБ (ПАО),  
к/с 30101810700000000187, БИК 044525187



\_\_\_\_\_ рублей

### Заявление об отказе от договора страхования

Я,

ФИО Страхователя ФЛ / Официального представителя ЮЛ

Grid of boxes for entering the name of the policyholder or official representative.

От лица:

Наименование Страхователя ЮЛ

ИНН

Grid of boxes for entering the name and INN of the insurer.

Заявляю об отказе от договора страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г.

В связи с: \_

- По личным причинам
- Финансовый вопрос
- По состоянию здоровья
- Другое

Укажите, пожалуйста, причину

Личные данные Страхователя ФЛ / Официального Представителя Страхователя ЮЛ

Паспорт

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_  
Укажите, пожалуйста, кем выдан документ

Дата выдачи: \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. Код подразделения \_\_\_\_\_

### Возврат уплаченного мной взноса в размере

Укажите, пожалуйста, сумму прописью

\_\_\_\_\_ прошу произвести как:

- Перевод на заявление/полис: № \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. сумма \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. сумма \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_ г. сумма \_\_\_\_\_
- Перевод на расчетный счет:

Реквизиты Банка

Название банка/(номер отделения)

ИНН \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_  
р/счет \_\_\_\_\_  
кор./счет \_\_\_\_\_

Реквизиты Страхователя

л/счет \_\_\_\_\_  
№ карты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Место

\_\_\_\_\_ Дата

\_\_\_\_\_ Подпись Страхователя/Официального представителя Страхователя

### Служебная информация (поля заполняются сотрудниками ООО СК «Альянс Жизнь»)

- Оригинал и второй экземпляр Полиса отправлены в ГО
- Полис не распечатывался
- Полис Уничтожен

Подпись сотрудника Блока Продаж

Расшифровка подписи сотрудника блока Продаж

Должность сотрудника Блока Продаж

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_ г.

Дата

- Оригинал и второй экземпляр Полиса возвращены в Компанию
- Полис не выпущен
- Медицинское обследование (стоимость \_\_\_\_\_ руб.)

Поступление платежа/ей:

дата	сумма, руб

Подпись Сотрудника ОПАиМЭ

Расшифровка подписи

Подпись начальника ОПАиМЭ

Расшифровка подписи