



ЗАЯВА
про дострокове припинення дії
Договору добровільного страхування життя

Я, Страхувальник:

Заповнюється Страхувальником			
Договір добровільного страхування життя	№ _____	від «___» _____ 20__ р.	
ПІБ повністю	_____		
Дата народження	«___» _____ р.	Реєстраційний (ідентифікаційний) номер	_____
Паспорт або документ, що його замінює	_____ серії _____ № _____ від «___» _____ р. <small>назва документа</small>	_____ <small>дата видачі</small>	
Адреса ¹	_____ <small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</small>		
Контактний телефон	(____) _____	Електронна адреса (e-mail)	_____@_____

¹ Місце проживання відповідно до паспорта або документа, що його замінює

Прошу з «___» _____ 20__ р. достроково припинити дію Договору добровільного страхування життя № _____ від «___» _____ 20__ р. та повернути мені викупну суму відповідно до ст. 28 Закону України «Про страхування» за наступними реквізитами (необхідне позначити):

<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом по системі «Аваль-Експрес» банку Райффайзен Банк Аваль зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача ¹
<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом по системі «Гроші блискавкою» Кредобанку зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача ¹
<input type="checkbox"/>	На банківський (картковий) рахунок ² Найменування банку одержувача _____ МФО банку _____ Код одержувача _____ № рахунку _____ Призначення платежу _____

¹ Одержати переказ можна у кожному відділенні відповідного банку, за умови пред'явлення паспорта та довідки про присвоєння реєстраційного (ідентифікаційного) номера.

² Для забезпечення своєчасного перерахування коштів рекомендуємо уточнити в банку всі зазначені реквізити.

До Заяви додаю наступні документи:

- * Засвідчену копію паспорта Страхувальника: копії 1-2 сторінок, 3-6 сторінок (у разі наявності на них відміток) та сторінки з відміткою про реєстрацію останнього місця проживання АБО копії лицевої та зворотної сторін паспорта, виготовленого у формі ID-картки, та довідки з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання.
 - * Засвідчену копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків (ІПН) Страхувальника. У разі, якщо особа відмовилася від прийняття ІПН – копія відповідної сторінки паспорта.
- * **УВАГА: Правила засвідчення копій документів! Власник документу** на кожній сторінці копії документу має власноруч зробити напис «Згідно з оригіналом», зазначити **дату, свої прізвище та ініціали** та поставити **власний підпис**.

Декларація Страхувальника

- Мене проінформовано про те, що отримання викупної суми стає можливим лише по закінченні другого року дії Договору страхування, якщо умовами Договору не передбачено інше. Я розумію, що будь-які виплати за Договором здійснюються з урахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України.
- Мене проінформовано, що викупна сума буде перерахована на банківський рахунок, який я вказав (-ла) у цій Заяві, протягом двох тижнів з моменту дострокового припинення дії Договору страхування. Договір страхування вважатиметься достроково припиненим із зазначеної мною у цій Заяві дати виключно у разі, якщо ПрАТ СК «ПЗУ Україна страхування життя» (далі – Страховик) не заперечуватиме проти такого припинення. У разі незгоди Страховика на дострокове припинення Договору у термін, вказаний мною у цій Заяві, Договір вважатиметься достроково припиненим через 30 (тридцять) календарних днів з дня отримання цієї Заяви Страховиком.
- Мене проінформовано про можливість оскарження розміру викупної суми за Договором страхування протягом двох тижнів з моменту зарахування викупної суми на банківський рахунок, вказаний в цій Заяві. Оскарження відбувається шляхом надання скарги до Страхової компанії "ПЗУ Україна страхування життя" за адресою: Україна, 04112, м. Київ, вул. Дегтярівська, 62. Якщо Сторони не досягнуть згоди, то кожна зі Сторін має право звернутися для вирішення спору до суду в порядку, передбаченому законодавством України.

«___» _____ 20__ р.

Підпис Страхувальника