



# СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВАТЕЛЕМ  
при отказе от договора страхования

**В ООО СК «Сбербанк страхование жизни»  
(далее – «Страховщик»)**

от Страхователя \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Паспорт: \_\_\_\_\_  
серия и номер \_\_\_\_\_  
наименование выдавшего органа \_\_\_\_\_  
дата выдачи и код подразделения \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: индекс: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефоны: моб. \_\_\_\_\_  
дом. \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от договора страхования (о расторжении)

Настоящим, я отказываюсь в полном объеме от договора добровольного индивидуального страхования жизни (Страхового полиса) серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, заключенного мной \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (далее – договор страхования), и прошу расторгнуть данный договор страхования.<sup>1</sup>

**Пожалуйста, укажите причину отказа от договора страхования (отметьте один или несколько вариантов):**

<input type="checkbox"/>	Не осознаю необходимости в данной страховой программе
<input type="checkbox"/>	Обнаружил неприемлемые пункты в условиях договора страхования
<input type="checkbox"/>	Иное (просьба пояснить):

\_\_\_\_\_  
(подпись Страхователя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> Договор страхования прекращается на 31 (тридцать первый) календарный день после получения Страховщиком настоящего Заявления (п. 7.1.2 Условий договора добровольного индивидуального страхования жизни).