

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

к Договору страхования<sup>[1]</sup>  №  от . .  г.

**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (СТРАХОВАТЕЛЕ):**

<b>Фамилия, имя, отчество (полностью):</b>	<input type="text"/>											
<b>Дата рождения:</b>	<input type="text"/> г.											
<b>Документ, удостоверяющий личность:</b>												
<b>наименование документа:</b>						<input type="text"/>						
<b>серия, номер:</b>						<b>код подразделения:</b>			<input type="text"/>			
<b>дата выдачи:</b>						<input type="text"/> г.						
<b>наименование органа, выдавшего документ:</b>						<input type="text"/>						
<b>Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания:</b>						<input type="text"/>						
<b>Телефоны:</b>		<b>мобильный</b>				<input type="text"/>						
		<b>домашний</b>				<input type="text"/>						

В рамках заключенного договора страхования прошу отозвать ранее направленное заявление/ия от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. о выплате дополнительного инвестиционного дохода в  
(дата подписания заявления)

следующие даты транша:

2018 год											2019 год		
Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Январь	Февраль	Март
<input type="checkbox"/> 07.02.	<input type="checkbox"/> 07.03.	<input type="checkbox"/> 05.04.	<input type="checkbox"/> 11.05.	<input type="checkbox"/> 07.06.	<input type="checkbox"/> 05.07.	<input type="checkbox"/> 08.08.	<input type="checkbox"/> 06.09.	<input type="checkbox"/> 04.10.	<input type="checkbox"/> 02.11.	<input type="checkbox"/> 06.12.	<input type="checkbox"/> 16.01.	<input type="checkbox"/> 06.02.	<input type="checkbox"/> 06.03.
<input type="checkbox"/> 21.02.	<input type="checkbox"/> 22.03.	<input type="checkbox"/> 20.04.	<input type="checkbox"/> 24.05.	<input type="checkbox"/> 21.06.	<input type="checkbox"/> 20.07.	<input type="checkbox"/> 23.08.	<input type="checkbox"/> 20.09.	<input type="checkbox"/> 18.10.	<input type="checkbox"/> 21.11.	<input type="checkbox"/> 20.12.	<input type="checkbox"/> 30.01.	<input type="checkbox"/> 21.02.	<input type="checkbox"/>

Настоящим я подтверждаю свое ознакомление с целями и условиями обработки персональных данных, содержащимися в договоре страхования и приложенных к нему Условиях страхования/Правилах страхования. Кроме того, проставляя подпись на настоящем Заявлении, я выражаю согласие на использование Страховщиком моих персональных данных в целях осуществления контроля и оценки качества страховой услуги по всем вопросам ее предоставления, в т.ч. путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи.

✓  \_\_\_\_\_ Дата заполнения: \_\_\_\_\_  
(Подпись Страхователя) (Фамилия, инициалы Страхователя)

<sup>[1]</sup> Далее по тексту Заявления именуется «договор страхования».