

Клиент имеет право расторгнуть договор страхования в период 14 календарных дней с даты заключения договора страхования.

При подаче заявления на расторжение Вам необходимо предоставить следующие документы:

1. ПАО СК «Росгосстрах».

- заполненное заявление с указанием реквизитов для перечисления денежных средств (Приложение 1);
- оригинал полиса, с квитанцией об оплате полиса (при ее наличии);
- копия паспорта (разворот с фотографией и пропиской).

Отправить документы можно в Дирекцию филиала ПАО СК «Росгосстрах» в регионе по месту фактического нахождения клиента либо при личном визите, либо путем отправления заявления в письме с пакетом документов через Почту РФ.

Почтовый адрес ПАО СК «Росгосстрах» для отправления:

650992, г. Кемерово, ул. 50 лет Октября, д. 11.

Выплата возврата страховой премии производится в течении 10 календарных дней с даты поступления полного пакета документов в Росгосстрах.

Уточнить офис страховой компании или задать другие вопросы по страховому случаю Вы можете по бесплатному номеру телефона страховщика 8 (800) 200-0-900.

2. АО «Д2 Страхование»:

- световое фотокопию заявления об отказе от договора страхования с указанием реквизитов для перечисления денежных средств (Приложение 2);
- световое фотокопию паспорта (разворот с фотографией и действующей регистрацией);
- световое фотокопию полиса страхования.

Отправить отсканированный пакет документов можно на адрес электронной почты: help@d2insur.ru или почтовый адрес: 630099, г. Новосибирск, ул. Депутатская, д. 2, помещ. 1.

Возврат страховой премии осуществляется в безналичном порядке на указанные в заявлении реквизиты в течение 10 рабочих дней с даты поступления полного пакета документов в АО «Д2 Страхование».

Если необходима консультация по страховому случаю или по другим вопросам, то Вы можете обратиться на горячую линию страховой компании АО «Д2 Страхование»: 8 800 775 5290

3. САО ВСК:

- заполненное заявление с подписью и указанием реквизитов для перечисления денежных средств (Приложение 3);
- оригинал полиса, с квитанцией об оплате полиса (при ее наличии);
- копия паспорта (разворот с фотографией и пропиской).

Страхователь имеет право отказаться от Договора страхования, с условием возврата суммы уплаченной страховой премии в полном объеме при соблюдении в совокупности следующих условий:

- с даты заключения Договора страхования до отказа от него прошло не более 14 (четырнадцати) календарных дней;
- страховая премия по Договору оплачена в полном объеме;
- заявление об отказе поступило до даты вступления договора в силу.

- Если заявление об отказе поступило до вступления полиса в силу, страховая премия будет возвращена в полном объеме;

- если заявление поступило после вступления полиса в силу, но в период охлаждения (14 дней) то клиент получит возврат страховой премии с вычетом за дни действия полиса;

- если заявление поступило после вступления полиса в силу, и после истечения 14 дней, премия не возвращается;

Выплата возврата страховой премии производится в течении 10 календарных дней с даты поступления полного пакета документов в САО «ВСК».

Уточнить офис страховой компании или задать другие вопросы по страховому случаю Вы можете по бесплатному номеру телефона горячей линии страховщика 8 800-775-77-51

Заявление о досрочном прекращении договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней

Фамилия Страхователя

Имя Страхователя

Отчество Страхователя

Почтовый адрес

Телефон +7 () - - -

Заявление о досрочном прекращении договора страхования

1. Прошу досрочно прекратить договор (полис): серия
№ от . . г.

по причине отказа от договора по инициативе Страхователя.

2. Уплаченную страховую премию по Договору в полном размере за вычетом части, пропорциональной сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования, прошу вернуть:

Фамилия Получателя

Имя Получателя

Отчество Получателя

Документ, удостоверяющий личность получателя Серия
Серия документа
Номер Дата . . г.
Номер документа Дата выдачи документа
Кем выдан

путём

☐ безналичного перечисления по следующим реквизитам:

БИК р/сч
л/счёт или номер карты

☐ выплаты наличными денежными средствами из кассы.

Страхователь ()
Подпись Фамилия, И.О.
Представитель по доверенности от . . г. №
Заявление принял (а) ()
Подпись Фамилия, И.О.
 . . 2 0 г. ч. мин.



Для договоров страхования, страхователями по которым являются физические лица

**Все поля должны быть
заполнены**

в АО "Д2 Страхование"
от (ФИО) _____

адрес проживания (с индексом): _____

контактный телефон: _____

электронная почта: _____

Заявление на отказ от страхования

Настоящим я,

_____ полностью фамилия, имя, отчество страхователя

_____ паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан

отказываюсь от договора страхования

_____ (вид страхования, номер и дата договора страхования)

Прошу считать указанный договор страхования прекращенным с даты настоящего заявления.

Страховая премия по договору страхования подлежит возврату в случае, если страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней с момента его заключения.

В случае моего отказа от договора страхования в течение 14 календарных дней с момента его заключения также прошу вернуть мне страховую премию:

_____ безналичным перечислением по следующим банковским реквизитам:

Ф.И.О. страхователя*																									
Наименование банка																									
БИК банка																									
ИНН банка																									
К/с банка																									
Расчетный счет																									
Личный / картсчет																									

* указываются банковские реквизиты страхователя по договору страхования.

(!!!) Я понимаю, что в случае моего отказа от договора страхования, страховая компания не несет страховой ответственности по возможным событиям, указанным в нем в качестве страхового риска, включая пожар в моей квартире / доме, залив моего имущества, причинение мной вреда соседям в случае их затопления, похищение у меня наличных денег, полученных в банкомате, расстройство моего здоровья при получении травмы. И я утрачиваю право на получение страховой выплаты при наступлении подобных событий.

Я сознательно расторгаю договор страхования и принимаю все финансовые потери при наступлении страхового события на себя.

Подпись страхователя: _____

Ф.И.О. страхователя (полностью) _____

Дата: "....." 201..... г.

**К настоящему заявлению
прилагаю:**

1. Копию моего паспорта.
2. Копию договора страхования.

**Все поля должны быть
заполнены**

В CAO «ВСК»

от (ФИО) _____

адрес проживания (с индексом)

контактный телефон

электронная почта

Заявление на отказ от страхования

Настоящим я, _____
Полностью Фамилия, имя, отчество страхователя

Паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан

Отказываюсь от договора страхования _____

Номер и дата договора страхования

Прошу вернуть страховую премию (часть страховой премии) безналичным перечислением по
следующим банковским реквизитам:

ФИО страхователя *	
Наименование банка	
БИК банка	
ИНН банка	
К/с банка	
Расчетный счет	
Личный / картсчет	

*Указываются банковские реквизиты страхователя по договору страхования

Я сознательно расторгаю договор страхования и принимаю все финансовые потери при
наступлении страхового события на себя.

ФИО страхователя (полностью) _____

Подпись страхователя: _____ Дата: «__» _____ 202__ г.

К настоящему заявлению прилагаю:

1. Копию моего паспорта.
2. Копию договора страхования.