**Заявление об отказе от Программы коллективного страхования**

**АО «Россельхозбанк»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь Застрахованным лицом/собственником застрахованного имущества по коллективному договору страхования между АО «Россельхозбанк» (далее – Страхователь) и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Страховщик) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по Программе страхования № \_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан « \_\_ » \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный (проживающий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Кредитный договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

[ ]  **Я досрочно прекращаю участие в программе страхования по причине несоответствия требованиям выбранной Программы страхования, а именно** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документы, подтверждающие несоответствие выбранной Программе страхования, предоставлены мной Страхователю.

[ ]  **Я досрочно прекращаю участие в Программе страхования в течение первых
30 (тридцати) календарных дней после присоединения к Программе страхования.**

В соответствии с условиями страхования, изложенными в Заявлении на присоединение к коллективному договору страхования, прошу осуществить возврат уплаченных мной денежных средств в качестве платы за присоединение к Программе коллективного страхования.

[ ]  **Я осуществил(а) полное досрочное исполнение обязательств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(указывается дата досрочного исполнения обязательств)* **поКредитному договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.**

В соответствии с условиями страхования, изложенными в Заявлении на присоединение к коллективному договору страхования, прошу осуществить возврат уплаченных мной денежных средств в сумме, равной размеру страховой премии, уплачиваемой страховщику по договору в отношении меня и/или моего имущества, за вычетом части страховой премии пропорционально времени, в течение которого в отношении меня и/или моего имущества действовало страхование.

[ ]  **Я досрочно прекращаю участие в программе страхования по причине непредставления/ представления мне неполной или недостоверной информации в ключевом информационном документе о договоре страхования.**

[ ]  **Я досрочно прекращаю участие в Программе страхования по причине (иное)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я осознаю, что отказ от Програмы страхования при непредоставлении иного договора страхования может привести к увеличению размера процентной ставки по кредитному договору, если обязанность по осуществлению страхования предусмотрена кредитным договором.

**Причитающиеся денежные средства прошу перечислить по следующим реквизитам:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование банка |  |
| Корреспондентский счет (банка) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БИК |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ счета получателя[[1]](#footnote-1)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ФИО Получателя** |  |

Я подтверждаю, что с даты присоединения к коллективному договору страхования страховых случаев или событий, имеющих признаки страхового случая, не наступало, страховых выплат не производилось.

Я заявляю, что данное заявление не требует письменного ответа со стороны Страхователя или Страховщика, при условии возврата неиспользованной части страховой премии в течение 7 (семи) рабочих дней с момента моего обращения к Страхователю. В случае отказа в возврате неиспользованной части страховой премии, прошу предоставить письменное обоснование отказа:

[ ]  **по электронное почте[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

[ ]  **лично, при моем обращении в подразделение, принявшее настоящее заявление**.

Я уведомлен, что при отсутствии указания способа получения письменного обоснования отказа, оно будет предоставлено мне при личном обращении в подразделение, принявшее настоящее заявление.

В случае, если для осуществления возврата неиспользованной части страховой премии не предоставлены банковские реквизиты или предоставлены неполностью, возврат будет приостановлен до предоставления мною недостающих сведений.

**Подпись Застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. В реквизитах следует указывать текущий рублевый счет физического лица. [↑](#footnote-ref-1)
2. При передаче сообщений по открытым каналам связи (электронной почте) не передается информация, составляющая банковскую и иную охраняемую законом тайну. [↑](#footnote-ref-2)