

## Инструкция для заполнения

1. Номер договора страхования вы можете найти на вашем полисе страхования, чаще всего он расположен справа сверху. Представляет из себя длинный номер состоящий из дробей, цифр и латинских букв.  
Чаще всего начинается на Z6922/.....
2. «Сумма премии/взноса, оплаченного Страхователем» - указана либо в вашем договоре страхования, либо в кассовом чеке на покупку.
3. «Дата оплаты страховой премии (страхового взноса)» - Дата приобретения договора страхования.
4. «Номер платежного документа по оплате страховой премии (страхового взноса)» - Номер кассового чека.
5. «Наименование страхового посредника (Агента/Брокера), где был заключен/оформлен Договор страхования» - Наименование магазина (если покупка не в офисе АльфаСтрахования).
6. Пункт «Приложения» заполняется путем отметки  напротив тех документов которые вы приложили к заявлению.  
Последний пункт заполняется самостоятельно, необходимо указать какой вы приложили документ удостоверяющий личность (паспорт и т.д.)

Генеральному директору  
АО «АльфаСтрахование»  
Скворцову В.Ю.

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Страхователя полностью)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_  
(индекс, адрес для доставки корреспонденции)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, являясь Страхователем по Договору страхования № \_\_\_\_\_ (далее – Договор страхования), от \_\_\_\_\_ (дата заключения Договора страхования, если указана в Договоре страхования)

прошу расторгнуть указанный Договор страхования и вернуть уплаченную мной страховую премию (страховой взнос)<sup>1</sup>

Сумма премии/взноса, оплаченного Страхователем: \_\_\_\_\_

Дата оплаты страховой премии (страхового взноса): \_\_\_\_\_

Номер платежного документа по оплате страховой премии (страхового взноса): \_\_\_\_\_

Наименование страхового посредника (Агента/Брокера), где был заключен/оформлен Договор страхования (заполняется, если Договор страхования был заключен Агентом АО «АльфаСтрахование»): \_\_\_\_\_

на расчетный счет по следующим реквизитам:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Получатель выплаты (Страхователь): |  |
| Фамилия                            |  |
| Имя                                |  |
| Отчество                           |  |
| Наименование банка                 |  |
| БИК                                |  |
| Номер карты                        |  |
| № счета получателя*                |  |

**\*обращаем Ваше внимание - в реквизитах следует указывать рублевый счет**

Я подтверждаю, что с даты заключения Договора страхования событий, имеющих признаки страхового случая, страховых случаев не наступало, страховых выплат не производилось.

Я уведомлен, что Договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут даты начала срока страхования (в случае если дата начала срока страхования ранее даты подачи настоящего Заявления) либо с 00 часов 00 минут даты подачи настоящего Заявления (в случае если дата начала срока страхования позднее даты подачи настоящего Заявления), все права и обязанности Сторон с указанного момента прекращаются, в связи с чем я признаю и осознаю невозможность предъявления в дальнейшем требований о страховой выплате.

#### Приложения:

- Договор страхования;
- Копия документа, подтверждающего уплату страховой премии;
- Банковские реквизиты для выплаты;

<sup>1</sup> Возврат страховой премии (страхового взноса) осуществляется при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая в период с даты заключения Договора страхования по дату подачи настоящего заявления

□ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

---

**Обращаем Ваше внимание,** что приложив Договор страхования, копию документа, подтверждающего уплату страховой премии (страхового взноса), иные документы (при наличии) к настоящему заявлению, Вы ускорите процесс принятия решения о возврате уплаченной Вами страховой премии. Возврат также может быть осуществлен в кассе по месту нахождения АО «АльфаСтрахование» при условии подачи соответствующего заявления.