

**Заявление на досрочное прекращение договора страхования жизни**

Я,

(Фамилия, имя, отчество Страхователя)

Телефон

ИНН

 Электронный  
адрес

Документ

Серия

Номер

 Кем  
выдан

 Дата  
выдачи

 Код  
подразделения

являющийся Страхователем по договору страхования жизни (далее – Договор)

 Номер  
Договора

 Дата заключения  
Договора

Прошу досрочно прекратить Договор с

(желаемая дата прекращения Договора)

Я уведомлен, что Договор досрочно прекратит свое действие с даты, указанной мной в заявлении как желаемая дата прекращения Договора, но не ранее даты получения Страховщиком настоящего заявления (далее – дата расторжения).

Я уведомлен, что выплата выкупной суммы осуществляется Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты расторжения.

Я уведомлен, что при расторжении договора страхования жизни, заключенного на срок от 5 лет, в соответствии со ст. 213 НК РФ при выплате выкупной суммы будет удержан налог в размере суммы социального налогового вычета при отсутствии справки о неполучении социального налогового вычета.

Если Вы не оформляли социальный налоговый вычет, но при этом не можете приложить справку о неполучении социального налогового вычета к данному заявлению, возврат удержанных средств можно осуществить, обратившись в налоговую инспекцию по месту жительства.

**Способы выплаты**
**1. Взаимозачет (взаимозачет возможен только на договор страхования жизни, заключенный в ООО «ВСК - Линия жизни»)**

Прошу выплату в размере

зачет в качестве взноса

по Договору страхования жизни

 Номер  
договора

**2. Перевод по следующим реквизитам (в случае если выплата/часть выплаты зачисляется на счет договора по п.1, по следующим реквизитам перечисляется остаток выплаты)**

 Наименование  
банка

БИК

 Номер  
счета Получателя

**Декларация Страхователя**

Я даю согласие Страховщику на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в целях заключения и исполнения договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», на передачу (в том числе трансграничную передачу) моих персональных данных страховому агенту, заключившему и сопровождающему договор страхования, аудиторам, актуариям и перестраховщикам, для целей осуществления Страховщиком страховой деятельности.

Я подтверждаю, что не являюсь налогоплательщиком США, а также, что в отношении меня отсутствуют любые иные основания для распространения на меня законодательства США о налогообложении иностранных счетов.

Я подтверждаю, что не являюсь должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственную должность Российской Федерации, должностью члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должностью федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должностью в Центральном банке Российской Федерации, государственной корпорации или иной организации, созданной Российской Федерации на основании федерального закона, включенную в соответствующий перечень должностей, определенный Президентом Российской Федерации, также иностранным публичным должностным лицом, а также не являюсь родным или близким указанных лиц.

В ином случае Страхователь обязуется предоставить дополнительную информацию по форме, предоставленной Страховщиком.

(Подпись Страхователя)

 Заявление  
принял

(Должность, ФИО)

Дата

(Подпись)