

**Першому заступнику директора**

**ТДВ СК «СХІД-ЗАХІД»**

**Носовій Ю.В.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ПІБ Страхувальника)

паспорт серія № виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ІПН Страхувальника та телефон Страхувальника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адреса проживання Страхувальника)

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

Електронний договір добровільного комплексного страхування майна та фінансових ризиків за програмою «MOBI ZAHIST» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_»\_\_\_\_ 20\_р. (далі – Договір страхування)

**Заява**

**про розірвання Електронного договору добровільного комплексного страхування майна та фінансових ризиків за програмою «MOBI ZAHIST»**

Цією заявою я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Страхувальник) прошу розірвати Договір страхування в цілому з «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. на підставі статті 11 Загальних умов Договору страхування.

Причина розірвання Договору страхування (обов’язково необхідно вказати) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи були страхові виплати за договором? (необхідне позначити V)  так  ні

Чи були заявлені страхові випадки за Договором, страхове відшкодування за якими ще не виплачено? (необхідне позначити V)  так  ні

Мною за Договором страхування був сплачений страховий платіж в розмірі \_\_\_\_\_\_\_\_ грн.

Прошу здійснити повернення коштів шляхом переказу їх за наступними реквізитами:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страхувальник (Отримувач) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Назва банку | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МФО банку | |  |  |  |  | |  | |  | | Код ЄДРПОУ банку | | | | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| Картковий/особовий рахунок | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| Призначення платежу | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Повернення платежу, за період який залишився, розраховується на умовах статті 11 Загальних умов Договору страхування. Не допускається повернення коштів готівкою, якщо платежі було здійснено в безготівковій формі.

Ця Заява, укладена в електронній формі та відповідно до статей 207, 639, 981 Цивільного Кодексу України та статей 11, 12, 13 Закону України "Про електронну комерцію", підписана Страхувальником шляхом використання електронного підпису одноразовим ідентифікатором у вигляді алфавітно-цифрової послідовності, яку він отримав від Страховика/Представника Страховика на засіб мобільного зв'язку, який він зазначив, шляхом реєстрації в інформаційно-телекомунікаційних системі суб'єкта електронної комерції та введення його в формуляр заявки.

До заяви додаю:

1. Копію документу про повну сплату страхового платежу за Договором страхування;
2. Копію паспорту;
3. Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру.

На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», підписанням цієї заяви надаю свою згоду здійснювати Страховиком дії з моїми персональними даними, які пов’язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням (розповсюдженням, реалізацією, передачею), знеособленням, знищенням відомостей про мене.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата заповнення заяви підпис ПІБ