

В «Сетелем Банк» ООО

От _____

Паспорт серии _____ № _____

Кем и когда выдан: _____

_____ от « ____ » _____ г.

Адрес регистрации по месту жительства: _____

Контактный тел.: +7(____) _____

Заявление об отказе от участия в программе страхования

Настоящим я, _____

(ФИО клиента полностью)

заявляю о своем отказе от участия в Программе коллективного добровольного страхования заемщиков «Сетелем Банк» ООО, в рамках которой «Сетелем Банк» ООО (далее – «**Банк**») заключил в отношении меня Договор личного страхования (далее – «**Программа**»), к которой я подключился на основании заявления на страхование от _____ г., и прошу:

исключить меня из Программы **в связи с моим отказом от участия в Программе;**

исключить меня из Программы **в связи с наличием медицинских ограничений** для участия в Программе (согласно медицинским документам - справке МСЭ, выписке из амбулаторной карты или иному медицинскому документу), которые указаны в разделе «Исключения» в Условиях участия в программе коллективного добровольного страхования заемщиков «Сетелем Банк» ООО (далее – «**Условия**»).

Я уведомлен (-а) и согласен (-а), что мое участие в Программе прекращается с первого рабочего дня, следующего за днем получения Банком настоящего Заявления.

Я уведомлен (-а) и согласен (-а) с условиями и порядком возврата Платы за подключение к Программе страхования, предусмотренными Условиями, и прошу подлежащие возврату согласно Условиям денежные средства:

перечислить на мой счет № _____, открытый в «Сетелем Банк» ООО, для погашения кредита;

перечислить по реквизитам, указанным в прилагаемом к настоящему заявлению приложении*.

Клиент:

(ФИО клиента полностью)

(подпись)

(дата)

*В случае выбора данного пункта поручение на перевод денежных средств может быть исполнено только после полного погашения кредита.

Примечание 1. Отмечается только один вариант ответа в зависимости от характера произошедшего. Заявление с двумя отмеченными ответами является недействительным.

Примечание 2. В случае обращения об исключении из Программы в связи с наличием медицинских ограничений для участия в Программе, к Заявлению об отказе от участия в программе страхования должны быть приложены медицинские документы, подтверждающие состояние здоровья на момент подписания Заявления на страхование.