

**Тимчасовому виконавчу обов'язків  
Голови Правління  
АТ «СК «Оранта-Життя»  
Єфімову М. А.**

\_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по батькові Страхувальника (повністю) (для фіз. осіб) / назва Страхувальника (для юр. осіб)

\_\_\_\_\_  
адреса (поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт, вулиця, № будинку, № квартири), телефон Страхувальника

**Заява**

- 1) Прошу **припинити дію Договору** страхування життя № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ за програмою \_\_\_\_\_ (дата укладення договору) (назва програми страхування) **та повернути викупну суму** через систему грошових переказів **«Аваль-експрес»**.
- 2) Причини припинення дії Договору: \_\_\_\_\_
- 3) Чи можуть бути Вам цікаві інші програми страхування життя: \_\_\_\_\_

Я шляхом підписання цього тексту надаю згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова компанія «Оранта-Життя» на збір, оброблення та використання інформації про мене з обмеженим доступом (моїх персональних даних) з метою прийняття рішення щодо повернення викупної суми по вищевказаному Договору/Полісу страхування.

Наведена вище інформація також може надаватись третім особам, які можуть мати безпосереднє відношення до укладання, виконання, розірвання Договору/Полісу страхування та/або отримання страхового відшкодування, а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством.

Підтверджую, що мене проінформовано про оподаткування викупних сум відповідно до податкового кодексу України, який чинний на момент дострокового припинення дії Договору страхування життя.

Дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

**До цієї Заяви додаються :**

- ✓ Ксерокопія Договору страхування життя;
- ✓ Документи, які підтверджують особу Страхувальника (ксерокопія паспорту, ксерокопія ідентифікаційного коду).