

ЗАЯВЛЕНИЕ

о перечислении денежных средств в связи с прекращением Договора страхования

Договор страхования № от г.

Сведения о Заявителе – Страхователе:

| | | | |
|---|---|--|---|
| Фамилия | <input type="text"/> | Имя | <input type="text"/> |
| Отчество | <input type="text"/> | Дата рождения | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Место рождения | <input type="text"/> | | |
| Гражданство | <input type="text"/> | Документ, удостоверяющий личность | Паспорт <input type="text"/> серия <input type="text"/> № <input type="text"/> |
| Дата выдачи | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Дата окончания срока действия (если имеется) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Выдан | <input type="text"/> | | |
| ИНН | <input type="text"/> | СНИЛС | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Адрес места жительства (регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Адрес проживания (если отличается от регистрации) | <input type="text"/> | | |
| Номер моб. телефона | +7 <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

Прошу причитающуюся в связи с прекращением Договора сумму перечислить:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | В счет оплаты страхового взноса по Договору страхования с ООО «СК «Ренессанс Жизнь» № _____. |
| <input type="checkbox"/> | По следующим банковским реквизитам: |
| Наименование Банка (и его отделения): _____ | |
| БИК: <input type="text"/> | |
| Расчетный счет: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Корреспондентский счет: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Лицевой счет / номер карты: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Я ознакомлен (-а) с информацией об удержании налога в случае непредоставления оригиналов справок, выданных налоговым органом, подтверждающих неполучение налогоплательщиком социального налогового вычета. |

К заявлению прилагаю:

- Копия договора Страхования (Полис);
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- Справка(и) ИФНС;
- _____

(подпись)

_____ (ФИО Страхователя)

_____ (Дата заявления)

Служебные отметки:

| | |
|--|----------------|
| Вх. № _____ /201 _____ от _____ .20 _____ г. | Заявка № _____ |
| ФИО Сотрудника: _____ | |
| Должность / Представитель Страховщика _____ | Подпись: _____ |