

ЗАЯВЛЕНИЕ
на возврат ошибочно / излишне перечисленных денежных средств

Договор страхованияⁱ №

Сведения о Заявителе:

Фамилия	<input type="text"/>	Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Гражданство	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>	паспорт	серия <input type="text"/> номер <input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/> - <input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Номер моб. телефона	+7 <input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Прошу перечислить ошибочно/излишне перечисленную сумму:

В размере _____ по платежному поручению № _____ Дата платежа _____
 В размере _____ по платежному поручению № _____ Дата платежа _____
 В размере _____ по платежному поручению № _____ Дата платежа _____

По следующим реквизитам:

Наименование Банка (и его отделения):	<input type="text"/>
БИК:	<input type="text"/>
Расчетный счет Банка:	<input type="text"/>
Корреспондентский счет:	<input type="text"/>
Лицевой счет получателя / номер карты:	<input type="text"/>

К заявлению прилагаю:

- Документ подтверждающий оплату или копия платежного поручения;
- Копия паспорта (документ, удостоверяющий личность);
- _____

(подпись)

(ФИО Страхователя)

(Дата заявления)

Служебные отметки:

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

ⁱ Данное поле обязательно к заполнению только в случае, если возврат осуществляется страхователю