



## Заявление об уточнении банковских реквизитов

Дата приёма заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. Ф.И.О. сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения  Офис продаж Подпись \_\_\_\_\_

Страховой полис/Договор №

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заявитель:  Страхователь  Застрахованное лицо  Наследник\*  Иное \_\_\_\_\_

Фамилия

Имя  Отчество

Дата рождения    г. Мобильный телефон 8-

Адрес электронной почты (e-mail)

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

### Документ, удостоверяющий личность (наименование)

Паспорт  Иной документ:

Серия  Номер  Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  -  Код подразделения

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

### Предоставляю уточненные банковские реквизиты для перечисления:

- причитающейся мне выкупной суммы
- страховой выплаты по риску «Дожитие»
- по возврату денежных средств
- иное: \_\_\_\_\_

### Денежные средства прошу перечислить на мой счёт в банке:

Реквизиты Заявителя для безналичного перевода (все поля обязательны для заполнения)

Название отделения Банка \_\_\_\_\_

ИНН

Расчетный счёт

Корреспондентский счёт

БИК

Лицевой счёт получателя

Ф.И.О. получателя \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше.

Заявитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
подпись Ф.И.О.

Представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Страховщика подпись Ф.И.О.

\* Заполняется в случае смерти Застрахованного лица, наступившей после окончания срока действия Договора страхования.