



Заявление о возврате денежных средств

Дата приёма заявления « ____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж Подпись _____

Страховой полис/Заявление №

от « ____ » _____ 20__ г.

Страхователь:

Фамилия

Имя Отчество

Контактный телефон 8-

Документ, удостоверяющий личность (наименование)

Паспорт Иной документ:

Серия Номер Дата выдачи « ____ » _____ г. -
Код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Прошу вернуть уплаченные денежные средства по причине:

- перечислены по несостоявшемуся Договору страхования жизни
 излишне уплачены
 отказ от договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней

Даты перечисления взносов:

« ____ » _____ 20__ г.
 « ____ » _____ 20__ г.
 « ____ » _____ 20__ г.
 « ____ » _____ 20__ г.

Методы оплаты:

- Почта России Через финансового консультанта
 Банк-партнёр Удержание из заработной платы
 Банковский перевод
 Иное: _____

Денежные средства прошу перечислить на мой счёт в банке:

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

Название отделения Банка _____

ИНН

Расчетный счёт

Корреспондентский счёт

БИК

Лицевой счёт получателя

ФИО получателя _____

Ф.И.О.

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

Страхователь _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Представитель Страховщика _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.