



Заявление о перерасчете выплаты (выкупная сумма/риск «Дожитие»)

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

Отдел сопровождения Офис продаж Подпись _____

Страховой полис/Договор №

от «___» _____ 20__ г.

Заявитель: Страхователь Застрахованное лицо

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 произвести перерасчёт выплаты:

- излишне удержанный НДФЛ
- иные причины: _____

Предоставлены подтверждающие документы (при наличии – указать документы и приложить):

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 _____

ФИО

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

Заявитель _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата «___» _____ 20__ г.

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

Дата «___» _____ 20__ г.