

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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: _____