РГС ЖИЗНЬ

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

Дата приема заявления «____»_____20____г. ФИО сотрудника_____

☐ Отдел сопровождения ☐ Офис продаж Подпись_____

Страховой полис/договор № | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

от «____»_____20____г.

Заявитель: ☐ Страхователь ☐ Застрахованное лицо

Фамилия | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Имя | | | | | | | | | | | | | **Отчество** | | | | | | | | | | | | | | |

Контактный телефон 8- | | | | | | | | | | |

Прошу произвести перерасчет выплаты:

☐ Излишне удержанный НДФЛ

☐ Иные причины: _____

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

_____

_____

_____

_____

Денежные средства прошу перечислить на мой счет в банке

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

Название отделения Банка _____

ИНН | | | | | | | | | | |

Расчетный счет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Корреспондентский счет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

БИК | | | | | | | | | |

Лицевой счет получателя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ФИО получателя _____

ФИО

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

Заявитель _____/_____ Дата «____»_____20____г.

подпись ФИО

Агент _____/_____ Дата «____»_____20____г.

подпись ФИО