

от Заявителя (Ф.И.О.)

/ / г.

дата рождения место рождения

ИНН (при наличии) СНИЛС (при наличии)

гражданство (указать все, имеющиеся)

документ, удостоверяющий личность / / г.

наименование серия номер дата выдачи код подразделения

кем выдан

адрес регистрации

фактический адрес проживания

8 -

мобильный телефон e-mail

доверенность, если представитель: / / г.

номер доверенности дата выдачи

Заявление о переносе страхового взноса (страховой премии)*

по Договору страхования № от / / г.

Причина переноса платежа (нужное отметить):

- Испорчен Договор страхования № от / / г.
- Ошибочно указан при оплате номер Договора страхования заявления № от / / г.
- Иная причина

Прошу считать оплату по данным, приведенным ниже:

Ф.И.О. получателя

Наименование Банка получателя

Адрес банка Телефон 8 -

Дата оплаты / / г. БИК Банка ИНН Банка

Расчетный счет банка (20 знаков) Корреспондентский счет банка (20 знаков)

Лицевой счёт плательщика (20 знаков) Сумма платежа, рубли

Номер документа, указанного в назначении платежа Договор страхования № от / / г.

в качестве оплаты по следующему Договору страхования, заключенному мной с ООО СК «Согласие-Вита»:

Номер нового документа Договор страхования № от / / г.

* заполняется Страхователем для осуществления переноса денежных средств с испорченного бланка Договора страхования (Полиса) на новый, либо в случае, когда Страхователь, оплачивая свой Договор страхования, в назначении платежа ошибочно указал неверный номер заявления/ Договора страхования (Полиса).

/ / г.

Ф.И.О. Заявителя/Страхователя подпись дата