

ЗАЯВА

на здійснення чергових страхових платежів

*Платник: П.І.Б фізичної особи																					
*Загальна сума, грн.																					
*Сума прописом																					
Одержувач:																					
Назва одержувача	ТОВАРИСТВО З ДОДАТКОВОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ГРІНВУД ЛАЙФ ІНШУРАНС»																				
Код ЄДРПОУ	34981210																				
Рахунок одержувача	UA 07 300346 0000026508016498904																				
Банк одержувача	АТ «Альфа-Банк»																				
Призначення платежу:																					
*Номер заяви	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
*П.І.Б. платника																					
Доповнення	страховий платіж за договором добровільного страхування життя, без ПДВ																				
Інформація про платника:																					
Адреса проживання																					
*Контактний телефон																					
*Дата	*Особистий підпис платника																				