

(Ф.И.О. заявителя)

Страхователь /
Застрахованное лицо

Заявление на досрочную выплату дополнительного инвестиционного дохода (досрочное изъятие дохода)

Прошу произвести досрочную выплату дополнительного инвестиционного дохода (ДИД) по Договору страхования (полису) серия _____ № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года (далее - выплата).

Я согласен на реализацию инвестиционной части продукта.

Выплату произвести при соблюдении следующих условий:

1. Размер ДИД должен составлять не менее 10 000 (Десяти тысяч) рублей;
2. Размер ДИД после реализации опциона может соответствовать доходности меньшей, чем доходность отражённая в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика на дату заявления, но не менее чем 70% от этой доходности.

- Ф.И.О. получателя _____
- Лицевой расчетный счет получателя: _____
- Наименование банка: _____
- Кор/сч. банка: _____
- БИК банка: _____
- ИНН банка: _____
- КПП банка: _____

Сведения о заявителе:

Дата рождения: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Место рождения: _____

Документ, удостоверяющий личность: наименование _____
серия _____ номер _____

Дата выдачи: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г | Кем выдан: _____

Код подразделения (если имеется): | ____ | ____ | ____ | - | ____ | ____ | ____ |

Данные миграционной карты: серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Дата окончания срока пребывания: | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ: серия (если имеется) _____ номер _____

Дата начала срока действия права пребывания (проживания) | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) | Д | Д | . | М | М | . | Г | Г | Г | Г |

Телефон _____

Подписывая настоящее заявление на досрочную выплату ДИД (досрочное изъятие дохода) я понимаю и согласен с тем, что после выплаты инвестиционная деятельность по Договору страхования (полису) серия _____ № _____ от " ____ " _____ 20 ____ года прекращается и, в дальнейшем, выплата ДИД не производится, а страховая защита продолжает действовать в прежнем объёме без изменений.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя)

