

Голові Правління ПрАТ «ГРАВЕ УКРАЇНА  
Страхування життя» Базилевській Н.В.  
03150, м. Київ, вул. Велика Васильківська 65

П.І.Б \_\_\_\_\_  
Що проживає за адресою:  
\_\_\_\_\_, М. \_\_\_\_\_,  
вул. \_\_\_\_\_,  
буд. \_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_  
моб.тел.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

**на повернення помилково сплачених коштів**

Прошу повернути помилково оплачені на ваш рахунок кошти від \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ р. в сумі \_\_\_\_\_ грн. Кошти прошу повернути:

за системою «Аваль-Експрес» у Райффайзен Банк Аваль  
(погоджуюсь з вирахуванням комісійної винагороди банку у розмірі 0,7% від суми переказу, але не менше 10 грн.)

на наступний рахунок (реквізити вказані нижче):  реквізити додаються (окремий аркуш)

<input type="checkbox"/> Поточний рахунок № _____	<input type="checkbox"/> Рахунок банку № _____ з подальшим зарахуванням на картковий рахунок № _____
<b>IBAN: UA</b>	
<b>МФО банку:</b> _____	<b>Код ЄДРПОУ (ЗКПО) банку:</b> _____
<b>Одержувач коштів (ПІБ):</b> _____	
<b>Ідентифікаційний номер платника податків одержувача:</b> _____	

**ЗАЗНАЧЕННЯ ЛИШЕ НОМЕРУ ПЛАТІЖНОЇ КАРТКИ НЕДОСТАТНЬО ДЛЯ ОТРИМАННЯ ВИПЛАТИ**

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_  
Місце підписання Дата Підпис заявника

**Примітка:**

- ❖ До даної заяви обов'язково необхідно додати копії довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру та всіх сторінок паспорту платника, на яких є відмітки;
- ❖ Для перерахування грошових коштів Заявникові, Компанії необхідні реквізити включно персонального рахунку Заявника із зазначенням виду рахунку (розрахунковий або особистий рахунок).