

Голові Правління  
ПРАТ СК "ІНГОССТРАХ"  
Клименку П.О.  
49100, м. Дніпро, узвіз Кодацький, 2

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові особи, якою подається заява)

\_\_\_\_\_ (адреса реєстрації місця проживання)

\_\_\_\_\_ (адреса фактичного місця проживання)

\_\_\_\_\_ (засоби зв'язку: номер телефона, адреса електронної пошти, тощо)

### ЗАЯВА

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ р. мною було перераховано кошти у розмірі \_\_\_\_\_ грн. на рахунок \_\_\_\_\_ (вказати суму помилково сплачених коштів)  
(вказати дату платежу)

ПРАТ СК "ІНГОССТРАХ" із зазначенням в призначенні платежу, що кошти сплачено по договору страхування № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ р. (вказати номер та дату договору страхування, з посиланням на який здійснено платіж)

У зв'язку із закінченням строку дії вказаного договору страхування, перерахування коштів є помилковим.

Прошу повернути мені зазначені помилково сплачені кошти на наступні реквізити:

\_\_\_\_\_ (В реквізитах слід вказати: МФО банку, назва отримувача, ПІН, розрахунковий рахунок у стандарті IBAN)

Додатки:  
Копія квитанції

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 року  
(дата подання заяви)

\_\_\_\_\_ (підпис особи, якою подається заява)

\_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище, особи, якою подається заява)