В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование подразделения ОАО «РЖД»,

выступающее в качестве работодателя)

от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и должность Работника)

Заявление

В связи с заключением мною договора страхования жизни, прошу ежемесячно перечислять в день выплаты моей заработной платы за вторую половину месяца на расчетный счет ООО «ДорПрофЗащита» сумму страховых взносов в размере \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_ коп. начиная с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(указывается текущий месяц)

до момента моего добровольного отказа от данного перечисления по следующим реквизитам:

Получатель: ООО «ДорПрофЗащита»

ИНН: 7708764983

КПП: 770801001

Расч./счёт: № 40701810900000008255 в ВТБ 24 (ПАО)

Корр./счёт: 30101810100000000716 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России

БИК: 044525716

Настоящим подтверждаю свое согласие с тем, что, если в текущем месяце моей заработной платы недостаточно для перечисления взноса в полном объеме, в текущем месяце перечисление страхового взноса не осуществляется. При этом я обязуюсь самостоятельно урегулировать со страховой компанией вопрос оплаты страхового взноса.

В случае расторжения или изменения условий заключенного мною договора страхования жизни обязуюсь письменно уведомить об этом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование подразделения ОАО «РЖД», выступающее в качестве работодателя) в целях прекращения перечисления или изменения суммы перечисления страховых взносов не позднее 3 (трех) рабочих дней с даты наступления таких изменений.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Ф.И.О. Подпись Дата