|  |  |
| --- | --- |
|  | **Требование** **о возврате денежных средств, учитываемых на индивидуальном инвестиционном счете, в связи с возникновением особой жизненной ситуации**  |
|  |  |
| ФИО Клиента: |  |
| Номер договора  |  | Дата договора:  |  |

***Прошу осуществить возврат денежных средств, учитываемых на индивидуальном инвестиционном счете, в соответствии с указанным Договором о брокерском обслуживании, в связи с возникновением особой жизненной ситуации:***

**Информация об операции (в рублях):**

|  |  |
| --- | --- |
| Сумма операции (цифрами)[[1]](#endnote-1):  |  |
| Сумма операции (прописью): |  |
| Стоимость дорогостоящего лечения, указанная в медицинском документе (цифрами)[[2]](#endnote-2): |  |

**Реквизиты банковского счета медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность):**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации или ФИО индивидуального предпринимателя: |  |
| ИНН получателя: |  | БИК Банка Получателя: |  |
| Банк получателя: |  |
| Номер счета: |  |
| Корр. счет: |  |
| Назначение платежа:  | Возврат денежных средств на основании Договора о брокерском обслуживании №от . НДС не облагается. |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата и номер договора (при наличии) с медицинской организацией, на основании которого медицинская организация (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность) будет осуществлять дорогостоящий вид лечения |  |

**К настоящему Требованию необходимо приложить медицинский документ** (его копию), на основании которого осуществляется выплата в счет оплаты дорогостоящего вида лечения [[3]](#endnote-3).

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения об уполномоченном лице клиента** |  |
| ФИО**:** |  |  |
| Дата составления требования: |  |  |
|  | Подпись |

*далее заполняется сотрудником Компании*

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата получения требования* |  |
| *Время получения требования* |  |
| *Способ подачи/получения требования* |  |

1. Сумма операции не должна превышать стоимость дорогостоящего лечения, указанную в медицинском документе. В случае превышения суммы операции над стоимостью лечения, указанной в медицинском документе, в исполнении Требования будет отказано. [↑](#endnote-ref-1)
2. Справка или медицинское заключение, выданные медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность) которой (которому) осуществляется выплата в счет оплаты дорогостоящего вида лечения. [↑](#endnote-ref-2)
3. Является обязательным условием для возврата денежных средств Компанией. В случае не предоставления медицинского документа, в исполнении Требования будет отказано. [↑](#endnote-ref-3)