

## ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

ДАТА			№

## СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Ф.И.О./ НАИМЕНОВАНИЕ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА							
<input type="checkbox"/> ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО		<input type="checkbox"/> ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ		<input type="checkbox"/> ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ		<input type="checkbox"/> НАСЛЕДНИК ПО ЗАКОНУ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)		E-MAIL			
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	ВИД ДОКУМЕНТА		СЕРИЯ		НОМЕР		
	КЕМ ВЫДАН		ДАТА ВЫДАЧИ		КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ		
ДАТА РОЖДЕНИЯ		ИНН		АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ		ИНДЕКС	
РЕСПУБЛИКА, КРАЙ, ОКРУГ, ОБЛАСТЬ, РАЙОН		ГОРОД, ПОСЕЛОК, ДЕРЕВНЯ, СЕЛО					
УЛИЦА		ДОМ		КОРПУС		КВАРТИРА	
ГРАЖДАНСТВО <input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> ИНОЕ	ДАННЫЕ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЛИЦА БЕЗ ГРАЖДАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ						
СЕРИЯ		НОМЕР		ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ		ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ	
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА							
СЕРИЯ		НОМЕР		ДАТА НАЧАЛА ПРЕБЫВАНИЯ		ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕБЫВАНИЯ	

## ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ СОБЫТИЯ

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	№		ОТ	
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО			ДАТА РОЖДЕНИЯ	
<input type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН		<input type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ		
<input type="checkbox"/> ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН, ПОВЛЕКШЕЕ ВПЕРВЫЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ ГРУППЫ		<input type="checkbox"/> ДОЖИТИЕ ДО ПОТЕРИ РАБОТЫ		
№ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА ИЛИ № ПРЕДЛОЖЕНИЯ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ КРЕДИТНОГО ДОГОВОРА				
СУММА ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ПЛАТЕЖА ПО КРЕДИТУ В СООТВЕТСТВИИ С ГРАФИКОМ ВОЗВРАТА КРЕДИТА				

## СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ, ПРЕДУСМОТРЕННОМ ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ

ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ					
	число, месяц, год		Часы, минуты		
КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ					
ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ					
МЕСТО НАСТУПЛЕНИЯ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ					
ОПИСАНИЕ И ПРИЧИНЫ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЕ, НО НЕОБХОДИМО ОТРАЗИТЬ: ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ, ХАРАКТЕР ТРАВМЫ, СТЕПЕНЬ ЕЕ ТЯЖЕСТИ, ДИАГНОЗ И МЕРЫ, ПРИНЯТЫЕ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ)					
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА, БОЛЬНИЦЫ), ГДЕ ОКАЗЫВАЛАСЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ					
<input type="checkbox"/> АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	С	ПО	<input type="checkbox"/> СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ	С	ПО
ДАТА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ ПО РИСКУ ПОТЕРЯ РАБОТЫ (дата расторжения трудового договора в трудовой книжке)					
			число, месяц, год		
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОДАТЕЛЯ, ЕГО АДРЕС, ТЕЛЕФОН					
ОСНОВАНИЯ РАСТОРЖЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА					
ОБЩИЙ ТРУДОВОЙ СТАЖ			СТАЖ РАБОТЫ НА ПОСЛЕДНЕМ МЕСТЕ		

## РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ:

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ	РАСЧ СЧЕТ										
	БАНКА	Наименование банка, отделение банка, город									
	КОРП СЧЕТ										
	ИНН БАНКА						БИК				
НОМЕР СЧЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ											

ЗАСТРАХОВАНЫ ЛИ ВЫ В ДРУГИХ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЯХ (ЕСЛИ ДА – УКАЗАТЬ НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ, ВИД СТРАХОВАНИЯ И СТРАХОВУЮ СУММУ)	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
--	-----------------------------	------------------------------

для ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ к ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ*:		КОЛ-ВО ЛИСТОВ
<input type="checkbox"/>	договор страхования (Полис) или копия заявления на присоединение к договору коллективного страхования	
<input type="checkbox"/>	документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица	
<input type="checkbox"/>	документ, удостоверяющий личность Заявителя и получателя выплаты	
<input type="checkbox"/>	копия договора о предоставлении кредита с графиком платежей, подписанного Застрахованным лицом	
<input type="checkbox"/>	справка с указанием остатка фактической ссудной задолженности на дату наступления страхового события	
<b>в связи со смертью Застрахованного лица:</b>		
<input type="checkbox"/>	свидетельство о смерти Застрахованного лица, выданное органами ЗАГСa	
<input type="checkbox"/>	медицинское свидетельство о смерти (Форма N 106/у-08)	
<input type="checkbox"/>	акт судебно-медицинского исследования трупа или протокол патологоанатомического вскрытия	
<input type="checkbox"/>	справка/ выписка из протокола соответствующего органа МВД	
<input type="checkbox"/>	выписка из карты амбулаторного больного или копия карты амбулаторного больного	
<input type="checkbox"/>	выписка из карты стационарного больного или копия карты стационарного больного	
<input type="checkbox"/>	посмертный эпикриз (если смерть наступила в стационаре)	
<input type="checkbox"/>	акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1	
<input type="checkbox"/>	свидетельство о праве на наследство по закону в случае, если Выгодоприобретатель не был назначен	
<input type="checkbox"/>	документы о ходе и результатах уголовного, гражданского или административного производства	
<b>в связи с установлением застрахованному лицу группы инвалидности:</b>		
<input type="checkbox"/>	справка медико-социальной экспертизы (МСЭ), подтверждающая факт установления инвалидности	
<input type="checkbox"/>	направление на медико-социальную экспертизу (форма 088/у-06)	
<input type="checkbox"/>	копия заключения (выписка из акта освидетельствования) бюро МСЭ, протокол проведения МСЭ	
<input type="checkbox"/>	справка из травмпункта (при первичном обращении в медицинское учреждение данного типа)	
<input type="checkbox"/>	справка/ выписка из протокола соответствующего органа МВД	
<input type="checkbox"/>	выписка из карты амбулаторного больного или копия карты амбулаторного больного	
<input type="checkbox"/>	выписка из карты стационарного больного или копия карты стационарного больного	
<input type="checkbox"/>	акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1	
<input type="checkbox"/>	акт о несчастном случае во время учебно-воспитательного процесса, составленный по форме Н-2	
<input type="checkbox"/>	копии листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного лица	
<input type="checkbox"/>	результаты диагностических обследований	
<input type="checkbox"/>	документы о ходе и результатах уголовного, гражданского или административного производства	
<b>в связи с временной утратой трудоспособности:</b>		
<input type="checkbox"/>	выписка из карты амбулаторного больного или копия карты амбулаторного больного	
<input type="checkbox"/>	выписка из карты стационарного больного или копия карты стационарного больного	
<input type="checkbox"/>	копия заключения (выписка из акта освидетельствования) бюро МСЭ, протокол проведения МСЭ	
<input type="checkbox"/>	справка из травмпункта (при первичном обращении в медицинское учреждение данного типа)	
<input type="checkbox"/>	справка/ выписка из протокола соответствующего органа МВД	
<input type="checkbox"/>	акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1	
<input type="checkbox"/>	акт о несчастном случае во время учебно-воспитательного процесса, составленный по форме Н-2	
<input type="checkbox"/>	копии листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного лица	
<input type="checkbox"/>	результаты диагностических обследований	
<input type="checkbox"/>	документы о ходе и результатах уголовного, гражданского или административного производства	
<b>в связи с дожитием до потери работы:</b>		
<input type="checkbox"/>	копия трудовой книжки, заверенная последним работодателем	
<input type="checkbox"/>	копии расторгнутого трудового договора с последним работодателем со всеми дополнительными соглашениями к трудовому договору	
<input type="checkbox"/>	копия уведомления о расторжении трудового договора	
<input type="checkbox"/>	оригинал справки о доходах по форме 2-НДФЛ с информацией о зарплатке не менее чем за 6 (шесть) месяцев, предшествующих расторжению трудового договора	
<input type="checkbox"/>	оригинала справки, выданной органом СЗН, подтверждающей отсутствие занятости	
<b>иные документы в соответствии с условиями договора страхования</b>		

\* полный перечень документов необходимых для получения страховой выплаты указан в Договоре страхования (Полисе)

ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ В ПРИВЕДЕННОМ ЗАЯВЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ. С ПРОЦЕДУРОЙ УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ ОЗНАКОМЛЕН(А) И СОГЛАСЕН(А)			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ (ДЛЯ ЮР.ЛИЦА)	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА

Нижеуказанные поля заполняются работником АО «УРАЛСИБ Жизнь»

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО**

ДОЛЖНОСТЬ	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА