

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

ДАТА			№

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ (ЗАЯВИТЕЛЕ)

Ф.И.О							
<input type="checkbox"/> ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО		<input type="checkbox"/> ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ		<input type="checkbox"/> ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ		<input type="checkbox"/> НАСЛЕДНИК ПО ЗАКОНУ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
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"/> ДОЖИТИЕ ДО УСТАНОВЛЕННОГО ДОГОВОРОМ СРОКА (ПОЖИЗНЕННАЯ ПЕНСИЯ) <input type="checkbox"/> ДОЖИТИЕ ДО УСТАНОВЛЕННЫХ ДОГОВОРОМ СРОКОВ (ВРЕМЕННАЯ ПЕНСИЯ) <input type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН В ПЕРИОД НАКОПЛЕНИЯ <input type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН В ГАРАНТИРОВАННЫЙ ПЕРИОД ВЫПЛАТ <input type="checkbox"/> ПЕРВИЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ <input type="checkbox"/> ГРУППЫ ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН – ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ ВЗНОСОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ				

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ, ПРЕДУСМОТРЕННОМ ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ

ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ			<i>число, месяц, год</i>		<i>Часы, минуты</i>	
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
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

ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ СРЕДСТВА ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКВИЗИТАМИ:

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

« _____ » _____ 20__ Г.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ _____

