

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ  
СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ**

ДАТА			№

**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**

Ф.И.О				
<input type="checkbox"/> ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО <input type="checkbox"/> ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ <input type="checkbox"/> ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ <input type="checkbox"/> НАСЛЕДНИК ПО ЗАКОНУ				
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)		E-MAIL

**УВЕДОМЛЯЮ О НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	ОТ		№	
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО				ДАТА РОЖДЕНИЯ
<input type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН <input type="checkbox"/> ПРИЧИНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ <input type="checkbox"/> ПЕРВИЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ _____ ГРУППЫ ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН <input type="checkbox"/> ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ПЕРВИЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ _____ ГРУППЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (РАК, ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ, ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ПАРАЛИЧ) ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ) <input type="checkbox"/> ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ <input type="checkbox"/> ДОЖИТИЕ ДО ПОТЕРИ РАБОТЫ				

**СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ**

ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ	число, месяц, год		Часы, минуты	
КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ 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 РАБОТОДАТЕЛЯ, ЕГО АДРЕС, ТЕЛЕФОН				
ОСНОВАНИЯ РАСТОРЖЕНИЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА				
ОБЩИЙ ТРУДОВОЙ СТАЖ		СТАЖ РАБОТЫ НА ПОСЛЕДНЕМ МЕСТЕ		
ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ РАНЕЕ СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ПО ЭТОМУ ЖЕ ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
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

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ (ДЛЯ ЮР.ЛИЦА)	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА

Нижеуказанные поля заполняются работником АО «УРАЛСИБ Жизнь»

**ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО**

ДОЛЖНОСТЬ	ПОДПИСЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА