

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"/> ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ		<input type="checkbox"/> НАСЛЕДНИК ПО ЗАКОНУ	
ТЕЛЕФОН (МОБ.)		ТЕЛЕФОН (ДОМ.)		Е-MAIL			
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	ВИД ДОКУМЕНТА			СЕРИЯ			
	КЕМ ВЫДАН			ДАТА ВЫДАЧИ			
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 УСТАНОВЛЕННОЙ ДОГОВОРОМ ДАТЫ <input type="checkbox"/> СМЕРТЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН <input type="checkbox"/> СМЕРТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ПЕРВИЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ _____ ГРУППЫ ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН <input type="checkbox"/> ПЕРВИЧНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ _____ ГРУППЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ			
<input type="checkbox"/> ПРИЧИНЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ТРУДОСПОСОБНОСТИ <input type="checkbox"/> ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ <input type="checkbox"/> ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ОПАСНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (РАК, ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ, ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ПАРАЛИЧ) ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ, ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ)			

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
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

ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ СРЕДСТВА

 НАПРАВИТЬ В СЧЕТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИСУ):

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ	ОТ	№	
СТРАХОВЩИК			
СТРАХОВАТЕЛЬ			

 ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКВИЗИТАМИ:

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

для ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ ПРИЛАГАЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ*:		КОЛ-ВО ЛИСТОВ
<input type="checkbox"/>	договор страхования (Полис)	
<input type="checkbox"/>	документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица	
<input type="checkbox"/>	документ, удостоверяющий личность Заявителя и получателя выплаты	
в связи со смертью Застрахованного лица:		
<input type="checkbox"/>	свидетельство о смерти Застрахованного лица, выданное органами ЗАГСа	
<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	
в связи с установлением застрахованному лицу группы инвалидности:		
<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 листов 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	
в связи причинением телесных повреждений в результате НС, временной утраты трудоспособности в результате НС, госпитализацией вследствие НС, диагностирования опасного заболевания или хирургического вмешательства:		
<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 листов 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	
иные документы в соответствии с условиями договора страхования:		

* 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