

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

(заполняется Выгодоприобретателем)

Сообщаю, что «__» _____ 20__ г. по Договору (полису) страхования жизни № _____ от «__» _____ 20__ г. произошло страховое событие:

1.	Дожитие до окончания срока действия Договора	<input type="checkbox"/>
2.	Смерть Застрахованного на протяжении срока действия Договора страхования	<input type="checkbox"/>
3.	Наступление инвалидности Застрахованного на протяжении срока действия договора страхования	<input type="checkbox"/>
4.	Временная потеря трудоспособности (травма) Застрахованного, которая стала следствием несчастного случая	<input type="checkbox"/>
5.	Критическое заболевание - впервые выявленное в период действия договора страхования	<input type="checkbox"/>

Застрахованный: _____
(Ф.И.О., идентификационный код)

Выгодоприобретатель: _____
(Ф.И.О., идентификационный код, адрес, телефон)

К заявлению прилагаю:

1.	страховой Договор (полис) по страховым событиям №1 и №2	<input type="checkbox"/>
1.	копию страхового Договора (полис) по страховым событиям №3, №4, №5	<input type="checkbox"/>
2.	копию паспорта Выгодоприобретателя	<input type="checkbox"/>
3.	копию идентификационного кода Выгодоприобретателя	<input type="checkbox"/>
4.	копию документа, нотариально заверенную, подтверждающую степень родства с Застрахованным (свидетельство о браке, свидетельство о рождении, др.)	<input type="checkbox"/>
5.	акт о несчастном случае по страховым событиям №3 и №4	<input type="checkbox"/>
6.	заключение МСЕК о присвоении инвалидности по страховому событию №3	<input type="checkbox"/>
7.	выписка из истории болезни/ справка с диагнозом по страховым событиям №2, №3, №4, №5	<input type="checkbox"/>
8.	документы лечебно-профилактического или иного медицинского учреждения, подтверждающее перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, подтвержденные соответствующими лабораторными, клиническими, гистологическими, радиологическими исследованиями по страховому событию №5	<input type="checkbox"/>
9.	справка из травмпункта, больничный лист, рентгенограммы с описанием (при переломах любой локализации) по страховому событию №4	<input type="checkbox"/>
10.	свидетельство о смерти Застрахованного, справка про причину смерти Застрахованного, выписка из истории болезни с посмертным диагнозом/ выписка из амбулаторной карты по страховому событию №2	<input type="checkbox"/>
11.	другие документы: _____.	<input type="checkbox"/>

Прошу произвести страховую выплату по данному страховому событию в соответствии с правилами и условиями, на которых был заключен договор страхования.

Мой контактный телефон, адрес: _____.

«__» _____ 20__ г. _____
(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

Прошу перечислить страховую выплату на нижеуказанные реквизиты:

Полное наименование банка _____.

Т/С банка № _____ ЕРДПОУ № _____

МФО № _____ Личный счет или карточный счет № _____

Комиссионные услуги указанного мною банка за перечисление страховой выплаты на мой счёт удерживаются из страховой выплаты.

«__» _____ 20__ г. _____
(дата) (подпись) (Ф.И.О.)