

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Страховой полис/договор от ..

ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь Застрахованный Наследник Застрахованного Представитель Страхователя*

1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения .. Место рождения Страна рождения

ИНН СНИЛС

Документ, удостоверяющий личность: наименование документа

серия номер дата выдачи .. код подразделения

кем выдан

Моб. телефон доп. телефон email

Адрес регистрации или пребывания: индекс область (край)

район населенный пункт

улица дом строение, корпус квартира

Адрес направления корреспонденции

Гражданство (при наличии нескольких указать все): Российская Федерация отсутствует

иное

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

Нет Да, страна(ы) ИНН/TIN

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:

серия номер даты начала .. и окончания .. срока пребывания

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа серия номер

даты начала .. и окончания .. срока действия права пребывания(проживания) в РФ

* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Представителя (наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения ..

3. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (необходимо отметить хотя бы одно событие)

- Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора
- Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая
- Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов
- Инвалидность 1 группа 2 группа 3 группа категория «ребенок-инвалид»
- Критические заболевания
- Травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая
- Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая

Дата события: ..

Обстоятельства наступления события:

4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:**При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:**

- Страховой полис (копия)
- Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» (документ должен быть заверен после даты наступления события) (нужное подчеркнуть)
- Иное:

При наступлении смерти Застрахованного лица:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
- Иное:
- Иное:

При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
- Иное:
- Иное:

При первичном диагностировании смертельно опасного заболевания:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Медицинский документ, выданный лечебно-профилактическим учреждением, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информации, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица
- Иное:
- Иное:

При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации, хирургической операции:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Выписка из амбулаторной карты/история болезни/выписной эпикриз или иной документ, содержащий информацию о событии
- Иное:
- Иное:

5. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА:Перевести на счет в банке согласно реквизитам: на мой личный счет на счет застрахованного ребенка

Наименование банка	<input type="text"/>	БИК	<input type="text"/>
ИНН банка	<input type="text"/>	Расчетный счет банка	<input type="text"/>
Корреспондентский счет	<input type="text"/>	Лицевой счет получателя	<input type="text"/>

Подпись _____ (_____) Дата ..
фио страхователя

Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»

Подпись _____ (_____) Дата ..
фио сотрудника/агента