

### ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Страховой полис/Договор \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

#### ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ:

<input type="checkbox"/> Страхователем	<input type="checkbox"/> Законным представителем Страхователя*
<input type="checkbox"/> Застрахованным	<input type="checkbox"/> Наследником Застрахованного

#### 1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения:	____. ____ . ____ г.
СНИЛС (при наличии):	_____
Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа	_____
серия:	____ № _____
дата выдачи:	____. ____ . ____ г.
код подразделения:	____ - ____
кем выдан:	_____
Место рождения:	_____ Страна рождения _____
Моб. Телефон:	____ - _____
Доп. Телефон:	____ - _____
e-mail:	_____
Адрес места жительства (регистрации) и места пребывания:	_____
Адрес для направления корреспонденции:	_____
Гражданство**(при наличии нескольких указать все):	_____ ИНН РФ (при наличии): _____
Наличие вида на жительство в иностранном государстве:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если "да", то указать страну: _____
Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Другая страна:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет ИНН США: _____ - _____
ИНН (Другая страна)	_____ Указать страну _____
<b>* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей):</b>	
_____	
(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)	
<b>** Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:</b>	
серия, номер:	_____ Дата начала и дата окончания срока пребывания: _____
Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:	
наименование документа:	_____ серия, номер _____
Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: _____	

## 2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

<b>Фамилия</b> (Полностью)	<input type="text"/>
<b>Имя</b> (Полностью)	<input type="text"/>
<b>Отчество</b> (Полностью)	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора				
<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая				
<input type="checkbox"/>	Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов				
<input type="checkbox"/>	Инвалидность	<input type="checkbox"/> 1 группа	<input type="checkbox"/> 2 группа	<input type="checkbox"/> 3 группа	<input type="checkbox"/> категория «ребенок-инвалид»
<input type="checkbox"/>	Критические заболевания				
<input type="checkbox"/>	Травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая				
<input type="checkbox"/>	Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая				
Дата события:	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>				
<b>Обстоятельства наступления события:</b>					
<input type="text"/>					

## 4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:

<b>При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:</b>	
<input type="checkbox"/>	Страховой полис (копия)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<b>При наступлении смерти Застрахованного лица:</b>	
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
<input type="checkbox"/>	Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<b>При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов:</b>	
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
<input type="checkbox"/>	Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<input type="checkbox"/>	Иное: указать
<b>При первичном диагностировании смертельно опасного заболевания:</b>	
<input type="checkbox"/>	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 информацией, 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: указать

Иное: указать

**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: указать

Иное: указать

**5. Прошу причитающиеся мне денежные средства :**

Перевести на счет в банке согласно реквизитам:

на мой личный счет

на счет застрахованного ребенка

Наименование банка:

БИК:

ИНН банка:

Расчетный счет банка:

Корреспондентский счет:

Лицевой счет Получателя:

Подпись	ФИО Страхователя/представителя	Дата заполнения

**Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК "БКС Страхование жизни"**

Подпись	ФИО Сотрудника	Должность