

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

- Наследник
  - Законный представитель
  - Выгодоприобретатель
  - Родственник
- (нужное отметить)

**Заявление на выплату по \_\_\_\_\_ застрахованного лица**

Прошу произвести страховую выплату по Договору страхования (полису)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

в связи с \_\_\_\_\_ застрахованного лица \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указывается ФИО застрахованного, дата рождения)

**Описание и причины страхового случая:**

Дата и время, когда произошел случай « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_  
Место, где произошел случай \_\_\_\_\_

Описание и причины страхового случая \_\_\_\_\_

Свидетели случая (Ф.И.О., адрес, телефон) \_\_\_\_\_

Дата обращения в медицинское учреждение « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Диагноз \_\_\_\_\_

Название и адрес медицинского учреждения, где оказывалась медицинская помощь \_\_\_\_\_

Выплату произвести безналичным перечислением на лицевой счет в банке:

- Ф.И.О. получателя \_\_\_\_\_
- Лицевой расчетный счет получателя: \_\_\_\_\_
- Наименование банка: \_\_\_\_\_
- Кор/сч банка: \_\_\_\_\_
- БИК банка: \_\_\_\_\_
- ИНН банка: \_\_\_\_\_
- КПП банка: \_\_\_\_\_



