



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Я, _____, являясь
(ФИО)

- Застрахованным
 Выгодоприобретателем
 Наследником Застрахованного
 Законным представителем Застрахованного

по договору страхования (полису) № _____ от «___» _____ 20__ г. прошу
 осуществить страховую выплату в связи с наступлением следующего события:

1. Сведения о заявителе (все поля обязательны для заполнения)

Дата рождения: □□ □□ □□ □□	
№ паспорта: □□ □□ □□ □□ □□ □□	Кем выдан:
Когда выдан: □□ □□ □□ □□ □□	
Фактический адрес:	
Телефон □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□	E-mail:

2. Застрахованный по договору

ФИО: _____

3. Информация о событии

Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования
 Дата дожития до установленного договором срока: □□ □□ □□ □□ □□
 Порядок страховой выплаты: В рассрочку Единовременно

Смерть Застрахованного
 Дата смерти: □□ □□ □□ □□ □□
 Причина смерти:
 Место смерти:

Освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности
 Инвалидность Застрахованного в результате несчастного случая
 Дата установления инвалидности: □□ □□ □□ □□ □□
 Группа инвалидности: Первая Вторая Третья
 Причина инвалидности:

Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая
 Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая
 Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая
 Дата несчастного случая: □□ □□ □□ □□ □□
 Диагноз:
 Период нетрудоспособности: с □□ □□ □□ □□ по □□ □□ □□ □□ □□
 Период стационарного лечения (госпитализации): с □□ □□ □□ □□ по □□ □□ □□ □□ □□

4. Обстоятельства события (в случае дожития Застрахованного настоящий пункт не заполняется):

Обстоятельства и описание события:

Наименование и адрес ЛПУ, в которое Застрахованный обратился сразу после наступления события:

 Наименование и адрес ЛПУ, в котором Застрахованный проходил лечение (в котором Застрахованный был направлен на МСЭК):

 ФИО лечащего врача:

«___» _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

Если событие наступило в результате несчастного случая	
Дата и время несчастного случая:	Место несчастного случая:
Свидетели несчастного случая (ФИО, контактный телефон):	
1.	
2.	
Была ли вызвана по поводу события скорая неотложная мед. помощь, служба спасения, сотрудники МВД (нужное подчеркнуть): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Мною подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

5. Для подтверждения страхового случая прилагаю следующие документы:

При дожитии Застрахованного до окончания срока страхования

- .. Страховой полис
- .. Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (документ должен быть заверен после даты наступления события).

При наступлении смерти Застрахованного:

- .. Страховой полис
- .. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- .. Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного
- .. Копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза
- .. Копия справки о смерти
- .. Копия протокола о вскрытии (при наличии)
- .. Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)
- .. Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)

При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов

- .. Страховой полис
- .. Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного
- .. Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
- .. Копия листка временной нетрудоспособности (при наличии)
- .. Выписка из ЛПУ о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, на основе которых была установлена инвалидность
- .. Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)
- .. Копия справки о ДТП (при наличии)

При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации:

- .. Страховой полис
- .. Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- .. Справка из травмпункта
- .. Данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма, _____)
- .. Оригинал листка временной нетрудоспособности (при наличии)
- .. Выписка из ЛПУ с указанием диагноза, подтверждающего телесные повреждения, временную нетрудоспособность
- .. Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)
- .. Копия справки о ДТП (при наличии)

Иные документы _____

6. Прошу причитающиеся мне средства:

направить в счет уплаты страховых взносов по страховому полису:

Полис №	Дата выдачи полиса	ФИО Страхователя

перевести на мой личный счет в банке согласно следующим реквизитам:

Банк (название и место расположения)	
ИНН Банка	
Расчетный счет	
Корреспондентский счет	
БИК	
№ счета (физ. лица)	

выплатить наличными в кассе ООО «Чешская страховая компания» в г. Москва

7. Разрешение

Застрахованного / Выгодоприобретателя / Наследника Застрахованного / Законного представителя Застрахованного (нужное подчеркнуть)

Я, _____, настоящим заявлением разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, имеющих информацию о моей или Застрахованного истории заболевания, моем или Застрахованного физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости в ООО «Чешская страховая компания». Я разрешаю ООО «Чешская страховая компания» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате и размере страховой выплаты.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

Заполняется агентом	Заполняется сотрудником ООО «Чешская страховая компания»
Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.	Дата принятия заявления « _____ » _____ 20__ г.
Ф.И.О. страхового консультанта _____	Ф.И.О. сотрудника _____
Подпись _____	Подпись _____
Агент № <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Название агентства (агента) _____