

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Страховой полис № \_\_\_\_\_

1. Имя / Фамилия застрахованного \_\_\_\_\_
2. IDNP/ИДНО \_\_\_\_\_
3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Место жительства / юридический адрес \_\_\_\_\_
5. Место временного пребывания/адрес \_\_\_\_\_
6. Телефон: \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_
7. Дата события \_\_\_\_\_

Факт несчастного случая подтверждается следующими документами, которые прилагаются:

- копия страхового полиса и договора;
- копия документа, удостоверяющего личность застрахованного;
- копия / оригинал медицинского заключения (медицинская карта, рентгенограммы).

Другие оригиналы документов или копии:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

### Описание случая (обстоятельства)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Укажите имя Получателя платежа: \_\_\_\_\_

Выплата возмещения:  наличными  банковский перевод

Банковские реквизиты (заполняются при банковском переводе):

Код IBAN: \_\_\_\_\_

Код банка: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись