

От \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

Проживающего (-ей) по адресу \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ**

Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшем с Застрахованным

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество Застрахованного лица)

**Отношение заявителя к Застрахованному** \_\_\_\_\_

(Страхователь, Выгодоприобретатель, законный представитель, степень родства)

**Полис/Договор страхования №** \_\_\_\_\_ **от** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20**\_\_ \_\_ **года**

**Дата события:** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20**\_\_ \_\_ **года**      **Время наступления события** \_\_\_\_\_ **ч.** \_\_\_\_\_ **мин.**

**Описание события** (заполняется в произвольной форме):

**Причина наступления события** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Диагноз** \_\_\_\_\_

**Медицинское учреждение, где Застрахованному лицу была оказана медицинская помощь:**

**Первичная медицинская помощь** \_\_\_\_\_  
(указать название учреждения)

**Стационарное лечение** \_\_\_\_\_  
(указать название учреждения)

**Амбулаторное лечение** \_\_\_\_\_  
(указать название учреждения)

**Состояние здоровья Застрахованного лица на момент наступления страхового события** \_\_\_\_\_  
(указать имеющиеся заболевания, в т.ч. хронические)

**Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами?** \_\_\_\_\_  
(указать адрес и номер отделения милиции, подразделения)

**Проводился ли тест на алкоголь?** \_\_\_\_\_ **Результат** \_\_\_\_\_

\*\*\*

Заполняется в случае смерти Застрахованного лица

**Место смерти Застрахованного лица** \_\_\_\_\_

**Сведения о медицинском учреждении** (в случае смерти в медицинском учреждении):

**Название** \_\_\_\_\_

**Адрес** \_\_\_\_\_

**ФИО руководителя** \_\_\_\_\_

**Проводилось ли вскрытие?** \_\_\_\_\_

**Сведения об учреждении, где проводилось вскрытие:**

**Название** \_\_\_\_\_

**Адрес** \_\_\_\_\_

**ФИО руководителя** \_\_\_\_\_

# ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

(поставить отметку напротив названия приложенного документа)

## 1. Документы о произошедшем событии:

1.1.	Объяснительная записка	
1.2.	Выписка (-и) из медицинской карты амбулаторного больного	
1.3.	Выписка (-и) из медицинской карты стационарного больного	
1.4.	Медицинская справка	
1.5.	Рентгеновский (-ие) снимок (-и) в количестве _____	
1.6.	Листок нетрудоспособности	
1.7.	Акт о несчастном случае на производстве	
1.8.	Документ из правоохранительных органов	
1.9.	Оригинал медицинской карты	
1.10.	Заключение бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности	
1.11.	Выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы	
1.12.	Свидетельство о смерти, выданное ЗАГСом	
1.13.	Врачебное свидетельство о смерти	
1.14.	Протокол патологоанатомического вскрытия	
1.15.	Заявление родственников об отказе от вскрытия	
1.16.	Свидетельство о вступлении в права наследования	

## 2. Документы, удостоверяющие личность

2.2.	Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного	
2.3.	Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя	
2.4.	Копия документа, удостоверяющего личность Страхователя	

3. Оригинал  копия  Полиса/Договора страхования

4. Иные документы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ:

► безналичным перечислением на расчетный счет

(ниже указать реквизиты)

<b>Реквизиты Получателя:</b> (обязательно для заполнения) ФИО получателя _____ Расчетный (лицевой) счет получателя _____ Карточный счет получателя _____ (номер счета, указанный на пластиковой карте)	<b>Реквизиты банка Получателя:</b> (обязательно для заполнения) Наименование банка _____ ИНН банка _____ БИК банка _____ Корреспондентский счет банка _____ Расчетный счет банка _____
---	--

► зачислить в счет очередных платежей

Полис \_\_\_\_\_

**Информацию о статусе страхового случая прошу направлять:**  обычная почта (на адрес в договоре)

электронная почта \_\_\_\_\_  SMS \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) / (ФИО)

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинского учреждения, бюро медико-социальной экспертизы, Фонду обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей или Застрахованного истории заболевания, моем или Застрахованного физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости ООО «СК «Альянс Жизнь».

Я разрешаю ООО СК «Альянс Жизнь» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) / (ФИО)