

Номер заявления: _____

Просим предоставить полную информацию по всем пунктам заявления

1. ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	
Страхователь (физ. лицо либо организация)	Номер страхового полиса
Имя, Фамилия	
Дата рождения	
Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, код пасп. ст.)	
Номер страховой карты	
Адрес проживания	
Телефонные номера	
Адрес электронной почты	
2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	
Дата страхового случая	
Осведомлены ли правоохранительные органы или полиция о страховом происшествии? Если да, то представьте копию протокола о случаи или номер регистрации протокола.	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, _____
Кто по вашему виновен в происшествии? Если другая сторона, то опишите подробности	
Обратились ли вы (собираетесь обратиться) для возмещения вашего ущерба к 3-ему лицу?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Краткое описание страхового случая:	
3. ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ КОМПЕНСАЦИИ	
<input type="checkbox"/> Застрахованное лицо <input type="checkbox"/> Наследники - в соответствии с законом <input type="checkbox"/> Бенефициар - согласно с картой назн. бенефициара	
4. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПОДЛЕЖИТ ОПЛАТЕ	
<input type="checkbox"/> Наличными: Перечислить деньги по паспортным данным на транзитный счет банка: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Армэкономбанк _____ <i>(Имя и фамилия получателя, паспортные данные: серия и номер, дата выдачи, код пасп. ст.)</i> <input type="checkbox"/> Другой _____ <i>(Пожалуйста, укажите банк, отделение /Адрес)</i> 	
<input type="checkbox"/> Банковским перечислением (укажите данные Застрахованного лица, указанного в 1-ом пункте Заявления)* <ul style="list-style-type: none"> ▪ Банк/ Номер счета _____ ▪ Имя, фамилия владельца счета _____ 	

5. ДЕКЛАРАЦИЯ

Данным подтверждаю, что информация, предоставленная в данном исковом заявлении, является правдивой и соответствует действительности. Предупрежден, что если при подаче страхового иска предоставляю фальшивую либо ложную информацию, либо использую фальшивые средства, Страховщик имеет право отказать в возмещении и расторгнуть страховой договор.

Данным заявляю, что не имею возражений против предоставления СЗАО «СИЛ ИНШУРАНС» любой информации о моем диагнозе и лечении со стороны медицинских учреждений для изучения и урегулирования моего страхового иска.

<p>Заявитель: _____ (Имя, Фамилия)</p> <p>_____/____/_____ (Подпись) (дата заполнения)</p>	<p>Если лицо, заполнившее данное заявление, не является Застрахованным лицом, просим указать связь с Застрахованным лицом:</p> <p><input type="checkbox"/> Отец/мать Застрахованного лица</p> <p><input type="checkbox"/> Муж/жена Застрахованного лица</p> <p><input type="checkbox"/> Другое лицо (укажите) _____</p>
--	---

* Если предоставляются банковские данные иного лица, документ должен быть подписан лицом, к которому относится данный иск.