

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	
Расходы, предъявленные к возмещению, в драмах РА	
Краткое описание страхового случая:	
3. 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 _____ 	
4. ДЕКЛАРАЦИЯ	
<p>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.</p> <p>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: _____ <i>(Имя, Фамилия)</i> _____ <i>(Подпись)</i>	Если лицо, заполнившее данное заявление, не является Застрахованным лицом, просим указать связь с Застрахованным лицом: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Отец/мать Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Муж/жена Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Другое лицо (укажите) _____
_____	_____/_____/_____ <i>(дата заполнения)</i>

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