

Заявление о страховой выплате по всем страховым событиям, кроме смерти

В ООО «КРК-Страхование»

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя/либо название организации)

(дата рождения)

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Паспорт выдан \_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_

Телефон, эл. почта: \_\_\_\_\_

### Заявление о страховой выплате

<b>1. Договор страхования, по которому предъявляется Заявление:</b> № _____ от: _____
<b>2. Ф.И.О. Застрахованного Лица:</b> _____ <b>Ф.И.О. Страхователя:</b> _____ <b>Отношение Застрахованного Лица к Страхователю:</b> _____
<b>3. По какому событию предъявляется Заявление:</b> <input type="checkbox"/> несчастный случай <input type="checkbox"/> заболевание
<b>4. Если Заявление предъявляется по несчастному случаю, пожалуйста, заполните следующее:</b> Дата, когда произошёл несчастный случай _____ (ДДММГГГГ)      Время □□:□□ Где произошёл несчастный случай? _____ Каким образом произошёл несчастный случай? _____ <b>Последствия, наступившие в результате несчастного случая, и их точное описание:</b> <input type="checkbox"/> Стойкая утрата трудоспособности с _____ (ДДММГГГГ) <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности с _____ по _____ (ДДММГГГГ) <input type="checkbox"/> Перелом _____ <input type="checkbox"/> Ожог _____ <input type="checkbox"/> Телесные повреждения _____ <input type="checkbox"/> Госпитализация: Дата начала госпитализации _____ Дата выписки _____ <input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство _____ Дата начала госпитализации _____ Дата выписки _____
<b>5. Если Заявление предъявляется по болезни, пожалуйста, заполните следующее:</b> <b>Характер заболевания, диагноз:</b> _____ _____ <b>Дата первой врачебной консультации относительно этой болезни:</b> _____ _____ <b>Болеет ли Застрахованный этой болезнью прежде?</b> _____ <b>Если да, то когда, и каким было лечение?</b> _____ <b>Последствия, наступившие вследствие болезни, и их точное описание:</b> <input type="checkbox"/> Стойкая утрата трудоспособности _____ <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности _____ <input type="checkbox"/> Госпитализация: Дата начала госпитализации _____ Дата выписки _____ <input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство _____ Дата начала госпитализации _____ Дата выписки: _____
<b>6. Назовите дату, когда Застрахованный предполагает приступить к работе:</b> _____

7. Ф.И.О. лечащего врача /врачей, лечивших после несчастного случая или болезни, наименование и адрес лечебного учреждения/учреждений:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Если телесное повреждение было получено в результате преступного нападения, было ли об этом заявлено в милицию?

да  нет

Если да, напишите, пожалуйста, адрес отделения милиции и ФИО должностного лица, ведущего дело:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Предъявляется ли Заявление по данному случаю к какой-либо другой страховой компании?

да  нет

Если да, сообщите, пожалуйста, название, адрес страховой компании и номер Договора страхования (Страхового полиса):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями.

Настоящим даю согласие ООО «КРК-Страхование» на сбор любой информации по указанному в Заявлении событию.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись Заявителя \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Примечание:

1. Если Застрахованным Лицом является ребёнок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению.
2. Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или её нотариально заверенная копия.

На основании данного Заявления прошу выплатить страховое обеспечение в соответствии с договором страхования:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заявителя / либо название организации)

Способ получения страховой выплаты:

- наличными средствами  
 банковским переводом на счёт по следующим реквизитам:

Получатель	
ИНН получателя (если получатель юр.лицо)	
КПП получателя (если получатель юр.лицо)	
Лицевой ( или расчётный) счёт получателя в банке	
Название банка	
Корреспондентский счёт банка	
БИК банка	

Документы, подтверждающие наступление события, прилагаются:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись Заявителя \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись, ФИО сотрудника ООО «КРК-Страхование» \_\_\_\_\_