



Генеральному директору
 АТ «СК «ФОРТЕ ЛАЙФ»
 Кулешину О.А.

 (прізвище, ім'я, по-батькові)

 (адреса, телефон)

ЗАЯВА НА ОТРИМАННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

Прошу здійснити страхову виплату за **Договором/Полісом страхування**

1.	Договір/Поліс страхування	№	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Дата укладання Договору страхування	□ □ □ □ □ □ □ □ р.
2.	Програма страхування				
3.	ПІБ Застрахованої особи				
4.	ПІБ Вигодонабувача, домашня адреса, номер телефону				
4.1	Серія та номер паспорту Вигодонабувача	□ □ □ □ □ □ □ □	Коли та Ким виданий		
4.2	Ідентифікаційний номер Вигодонабувача		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
5.	Страховий випадок:				
5.1	<input type="checkbox"/>	Дожиття Застрахованої особи до закінчення строку дії Договору страхування			
5.2	<input type="checkbox"/>	Смерть Застрахованої особи			
5.3	<input type="checkbox"/>	Тимчасова непрацездатність			
5.4	<input type="checkbox"/>	Критичні захворювання			
5.5	<input type="checkbox"/>	Настання інвалідності			
5.6	<input type="checkbox"/>	Госпіталізація в наслідок НВ			
5.7	<input type="checkbox"/>	Травматичне ушкодження			
6.	Дата настання страхового випадку		□ □ □ □ □ □ □ □ р.		
7.	Місце страхового випадку		<input type="checkbox"/> на території України	<input type="checkbox"/> за кордоном	
8.	Опис обставин страхового випадку:				

9.	Форма виплати:	<input type="checkbox"/> <i>одноразово</i>	<input type="checkbox"/> <i>ануїтетними виплатами</i>

11. Страхову виплату прошу здійснити:

Отримувач ПІБ:			
Назва банку (філії)		МФО банку	
Код банку (ЄДРПОУ)		Рахунок банку	
№ карткового рахунку		№ поточного рахунку	

12. Витрати по перерахуванню коштів дозволяю списати за мій власний рахунок.

До Заяви додаю документи, що підтверджують факт настання страхового випадку:

- Договір страхування (оригінал);
- Паспорт (копія);
- Ідентифікаційний код (копія);
- Свідоцтво про смерть Застрахованої особи (або його нотаріально завірена копія);
- Акт про нещасний випадок на виробництві (форма Н-1);
- Висновок медико-соціальної комісії про встановлення інвалідності;
- Листок непрацездатності, оформлений згідно чинного законодавства;
- Довідку медичного закладу встановленої форми, з встановленим діагнозом та об'ємом наданої медичної допомоги, завірену штампом медичного закладу, печаткою та підписом лікуючого лікаря.
- _____

Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моєю довіреною особою) є повною і правдивою. Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації, АТ «СК «ФОРТЕ ЛАЙФ» має право відмовити у страховій виплаті.

_____ “ ____ ” _____ 20__ р.
(підпис та ПІБ Заявника)

Заяву отримано:
“ ____ ” _____ 20__ р.