

Повідомлення про страховий випадок

Договір/Поліс страхування життя № _____ від _____ 20__ р.

Страховальник:

ПІБ Страховальника: _____

ПІБ Застрахованої особи: _____

ПІБ Вигодонабувача: _____

Страховий випадок, що відбувся

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Дожиття | <input type="checkbox"/> Критичні захворювання | <input type="checkbox"/> Інвалідність | <input type="checkbox"/> Травматизм |
| <input type="checkbox"/> Смерть | <input type="checkbox"/> Хірургічне втручання | <input type="checkbox"/> Госпіталізація | <input type="checkbox"/> Опція звільнення від сплати внесків |

Дата настання страхового випадку «_____» _____ 20__ р.

Короткий опис обставин страхового випадку

Місце страхового випадку На роботі В побуті В лікарні

Обставини за яких склалася страхова подія _____

Діагноз(причина смерті, травми, інвалідності, критичного захворювання) _____

Назва та адреса медичної установи, в яку постійно зверталася Застрахована особа/Страховальник _____

Назва та адреса **останньої** медичної установи, в яку постійно зверталася Застрахована особа/Страховальник _____

Адреса та контактний телефон Вигодонабувача (рідних Застрахованої особи) _____

Дата заповнення

Підпис

ПІБ