

Номер договора:		Дата:	
Имя и фамилия застрахованного лица (пострадавшего):		Личный код:	
Работодатель / учебное заведение:		Должность / род занятий:	
Происшествие:	травма	инвалидность	критическое заболевание
Характер повреждения и обстоятельства происшествия / Диагноз критического заболевания:			
Описание обстоятельств дела:			
Место, время и дата происшествия / Дата установления диагноза критического заболевания:			
Медицинские учреждения, оказывавшие первую медицинскую помощь и последующее медицинское лечение и времяобращения:			
Название лечебного учреждения или имя врача, у которого находится медицинская карта застрахованного лица:			
Сообщалось ли о случившемся в полицию или другие учреждения?			
Да Нет			
Если Да, то уточните, когда и куда: _____			
ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ ДОКУМЕНТЫ			
Медицинские документы, оригиналы/копии, уточните кол-во приложенных документов		Укажите количество прилагаемых документов:	
Копия свидетельства о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица			
Другие документы:			
ЛИЦО, СООБЩАЮЩЕЕ О ПРОИСШЕСТВИИ (УВЕДОМИТЕЛЬ)			
Застрахованное лицо	законный представитель Застрахованного лица	Связь Уведомителя Застрахованным лицом:	
Другое лицо - пожалуйста, уточните:		Личный код:	
ДАННЫЕ УВЕДОМИТЕЛЯ			
Контактный адрес: _____			
Адрес эл.почты: _____		Телефон: _____	
Я согласен получать информацию о ходе обработки заявления по электронной почте			
<small>NB! На указанный вами адрес электронной почты мы вышлем приглашение со ссылкой на использование защищенной системы писем. Перейдя по ссылке, система может запросить PIN-код для идентификации, который будет отправлен в виде SMS на ваш номер телефона. Письмо будет доступно в защищенной системе до 14 дней, в течении которых мы просим вас сохранить письмо. По истечении срока система автоматически удаляет сообщение.</small>			
ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (NB! ВОЗМЕЩЕНИЕ ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ ПРАВОМОЧНОМУ ЛИЦУ)			
Номер счета получателя возмещения:		Банк:	
Имя и фамилия получателя возмещения:		Личный код:	
Страна налогового резидентства: _____			
ПОДТВЕРЖДАЮ ДОСТОВЕРНОСТЬ, ТОЧНОСТЬ И ПОЛНОТУ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ЗАЯВЛЕНИИ ДАННЫХ			
Имя и фамилия Застрахованного лица или законного представителя:		Подпись:	Дата:
Заявление принято и произведена идентификация личности Застрахованного лица:			
Имя и фамилия, должность:		Подпись:	Дата: