

<b>Номер договора:</b>		<b>Дата:</b>	
<b>Имя и фамилия застрахованного лица (пострадавшего):</b>		<b>Личный код:</b>	
<b>Работодатель / учебное заведение:</b>		<b>Должность / род занятий:</b>	
<b>Происшествие:</b>	травма	инвалидность	критическое заболевание
<b>Характер повреждения и обстоятельства происшествия/ Диагноз критического заболевания:</b>			
<b>Описание обстоятельств дела:</b>			
<b>Место, время и дата происшествия/ Дата установления диагноза критического заболевания:</b>			
<b>Медицинские учреждения, оказывавшие первую медицинскую помощь и последующее медицинское лечение и времяобращения:</b>			
<b>Название лечебного учреждения или имя врача , у которого находится медицинская карта застрахованного лица:</b>			
<b>Сообщалось ли о случившемся в полицию или другие учреждения?</b>			
Да      Нет			
Если Да, то уточните, когда и куда: _____			
<b>ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ ДОКУМЕНТЫ</b>			
Медицинские документы, оригиналы/копии, уточните кол-во приложенных документов		Укажите количество прилагаемых документов:	
Копия свидетельства о рождении несовершеннолетнего Застрахованного лица			
Другие документы:			
<b>ЛИЦО, СООБЩАЮЩЕЕ О ПРОИСШЕСТВИИ (УВЕДОМИТЕЛЬ)</b>			
Застрахованное лицо	законный представитель Застрахованного лица	Связь Уведомителя Застрахованным лицом:	
Другое лицо - пожалуйста, уточните:		Личный код:	
<b>ДАННЫЕ УВЕДОМИТЕЛЯ</b>			
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>			
<b>ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ (NB! ВОЗМЕЩЕНИЕ ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ ПРАВОМОЧНОМУ ЛИЦУ)</b>			
Номер счета получателя возмещения:		Банк:	
Имя и фамилия получателя возмещения:		Личный код:	
Страна налогового резидентства: _____			
<b>ПОДТВЕРЖДАЮ ДОСТОВЕРНОСТЬ, ТОЧНОСТЬ И ПОЛНОТУ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ЗАЯВЛЕНИИ ДАННЫХ</b>			
Имя и фамилия Застрахованного лица или законного представителя:		Подпись:	Дата:
Заявление принято и произведена идентификация личности Застрахованного лица:			
Имя и фамилия, должность:		Подпись:	Дата: