

ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
(ДЕТИ В ПРИОРИТЕТЕ_ВЗРОСЛЫЙ)

Директору СООО «Приорлайф»
Ковганову Александру Сергеевичу

(ФИО Заявителя,
дата рождения,
данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер,
идентификационный номер,
дата выдачи, кем выдан),
адрес регистрации,
контактный телефон)

Я являюсь:

- ☐ страхователем (по риску «инвалидность страхователя»)
☐ выгодоприобретателем
☐ наследником выгодоприобретателя
☐ доверенным лицом выгодоприобретателя
☐ законным представителем (родителем, опекуном, попечителем) выгодоприобретателя

Заявление

В связи с **наступлением страхового случая** (выбрать необходимый вариант):

- ☐ **Смерть Страхователя**
☐ **Инвалидность Страхователя**

прошу по договору добровольного страхования № _____ от ____ . ____ . ____
зачесть денежные средства в счет уплаты оставшейся части страхового взноса за
оставшийся период страхования.

Описание страхового события

Описание события:	
Дата, место и обстоятельства страхового события:	
Сведения об оказании первой медицинской помощи, включая дату обращения и последующее лечение:	

Приложения (указать нужные):

- ☐ Договор страхования
- ☐ Официальные документы организации здравоохранения, оказавшей лечение (выписка из медицинских документов, листок (справка) нетрудоспособности) (оригинал)
- ☐ Заключение МРЭК об установлении инвалидности (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия)
- ☐ Удостоверение инвалида (копия с предъявлением оригинала)
- ☐ Свидетельство о смерти (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия) и копия врачебного свидетельства о смерти (при наличии)
- ☐ Свидетельство о праве на наследство (копия с предъявлением оригинала либо нотариально заверенная копия) либо справка о круге наследников
- ☐ Документ, подтверждающий полномочия заявителя (для доверенного лица, законного представителя): № _____ от ____ . ____ . _____

– Уведомлен, что представитель страховщика (банк, брокер, страховой агент) не уполномочен совершать действия по выплате страхового обеспечения.

– Время пересылки документов не входит в срок, в течение которого страховщик обязан произвести выплату.

☐ Уведомлен о необходимости отключить автооплату (если была подключена)

(Дата)

(Подпись)

(ФИО)

Заявление принял

(Должность, подпись, ФИО, дата)