

ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЗАБОТА О БУДУЩЕМ - КОМПЛЕКС

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:

- ☐ выгодоприобретателем
☐ наследником выгодоприобретателя
☐ доверенным лицом выгодоприобретателя
☐ законным представителем (опекуном, попечителем) выгодоприобретателя

Заявление

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

- ☐ Достижение возраста застрахованным лицом
☐ Вред здоровью (травма)
☐ Временная нетрудоспособность вследствие заболевания/
Временная нетрудоспособность вследствие несчастного случая
☐ Инвалидность/Инвалидность вследствие несчастного случая
☐ Смерть

прошу выплатить мне единовременно сумму страхового обеспечения по договору добровольного комплексного страхования жизни № _____ от ____ . ____ . ____ .
Денежные средства прошу перечислить (указать нужное):

☐ на счет № _____
(в формате IBAN, 28 знаков)

открытый в банке* _____;

ФИО владельца счета _____;

*Перечень банков: «Приорбанк» ОАО, ОАО «БНБ-Банк», ОАО «Белинвестбанк», ЗАО «Нео Банк Азия» ЗАО «МТБанк», ОАО «АСБ Беларусбанк», ОАО «Сбербанк»; ОАО «Белагропромбанк», ОАО «Банк БелВЭБ», ОАО «Белгазпромбанк», ЗАО «Альфа Банк» – в белорусских рублях; «Приорбанк» ОАО – в иностранной валюте.

☐ по паспортным данным в «Приорбанк» ОАО без открытия счета.

Описание страхового события

(за исключением страхового случая «достижение возраста застрахованным лицом»)

Описание события (с указанием развернутого окончательного диагноза и его шифра по МКБ-10 (до 4 символов)):	
--	--

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ

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 (первую помощь) (оригинал)
- ☐ Выписка из медицинских документов (оригинал)
- ☐ Листок (справка о временной) нетрудоспособности (копия)
- ☐ 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)