

2. Застрахованный по договору

Ф.И.О. _____

3. Информация о событии (необходимо отметить хотя бы одно событие, в соответствии с условиями договора страхования)

Смерть Застрахованного

Дата смерти:

Причина смерти: _____

Место смерти: _____

Инвалидность Застрахованного (Постоянная утрата трудоспособности)

Дата установления инвалидности:

Группа инвалидности: Первая Вторая Третья

Причина присвоения группы инвалидности: _____

Смертельно-опасное заболевание (СОЗ)

Дата постановки диагноза:

Вид смертельно-опасного заболевания (заболевание): _____

Проведение Застрахованному хирургической операции

Дата проведения операции:

Название операции: _____

Телесные повреждения Застрахованного

Временная нетрудоспособность Застрахованного

Госпитализация Застрахованного (Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией)

Дата несчастного случая:

Диагноз: _____

Период нетрудоспособности: с по

Период стационарного лечения (госпитализации): с по

4. Обстоятельства события (кратко, обязательно для заполнения):

Обстоятельства и описание события:

Если событие наступило в результате несчастного случая, то обязательно следует указать **Дату, Время и Место несчастного случая**

Была ли вызвана по поводу события скорая неотложная мед. помощь, служба спасения, сотрудники МВД (нужное подчеркнуть):	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Мною подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

