

В АО СК «БАСК»

От _____
Проживающего _____

Полис № _____ от «__» _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

Я _____ являющийся
(Застрахованным, Выгодоприобретателем), сообщаю что «_____» _____ 20__ г. в _____ час произошел страховой
случай - _____
Обстоятельства, при которых произошел страховой случай:

За медицинской помощью обратился в _____
«_____» _____ 20__ г. в «_____» часов «_____» минут.

В АО СК «БАСК» «_____» _____ 20__ г. мною предоставлены следующие документы подтверждающие наступление
страхового случая:

Дополнительно сообщаю _____

Настоящим выражаю согласие на обработку Страховщиком моих персональных данных (включая данные о
состоянии здоровья), любыми Страховщиком для исполнения Договора страхования способами (включая передачу третьим
лицам) на период с даты заключения Договора страхования до истечения пятилетнего срока с даты его
прекращения/исполнения.

«_____» _____ 20__ г. _____ / _____ /
подпись Фамилия И.О.

Заявление получено «_____» _____ 20__ г. Представитель Страховщика: _____

К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:

Документ (копия/заверенная копия/оригинал – указать)	Кол-во листов	Дата предоставле ния документа	Подпись Выгодоприобре тателя	Подпись Страховщика
Документ, удостоверяющий личность Страхователя, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты				
ИНН (при наличии) Страхователя, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты				
СНИЛС (при наличии) Страхователя, Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты				
Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя				
Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе по месту нахождения на территории Российской Федерации				

Документ, удостоверяющий полномочия представителя выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты				
Банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты				
Иные документы:				

Документы необходимые для принятия решения о признании/непризнании случая страховым

Документ (копия/заверенная копия/оригинал – указать)	Подпись Выгодоприобретателя	Подпись Страховщика

Дата предоставления полного комплекта надлежаще оформленных документов « _____ » _____ 20 ____ г.	
Страхователь (Выгодоприобретатель)/представитель _____/_____ подпись / Фамилия И.О.	Страховщик (представитель) _____/_____ подпись / Фамилия И.О.