

Номер заявления: \_\_\_\_\_

*Просим предоставить полную информацию по всем пунктам заявления*

1. ДАННЫЕ ПОСТРАДАВШЕГО ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	
Страхователь	Номер страхового полиса
Имя Фамилия	
Номер страховой карты	
Полные паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, код пасп. Ст.)	
Дата рождения	
Адрес проживания	
Телефонные номера	
Адрес электронной почты	
Связь застрахованного лица со страхователем	<input type="checkbox"/> Сотрудник страхователя <input type="checkbox"/> Муж/жена сотрудника <input type="checkbox"/> Сын/дочь сотрудника <input type="checkbox"/> Иное _____
2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	
Время, дата и место происшествия страхового случая	
Описание страхового случая	
Осведомлены ли правоохранительные органы или полиция о страховом происшествии? Если да, то представьте копию протокола о случаи или номер регистрации протокола.	<input type="checkbox"/> Да _____ <input type="checkbox"/> Нет
Кто по вашему виновен в происшествии? Если другая сторона, то опишите подробности	
Обратились (собираетесь обращаться) ли вы для возмещения вашего ущерба к 3-ему лицу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
3. МЕД. УЧРЕЖДЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ	
Наименование мед. учреждения	
Адресс/тел. номер мед. учреждения	
Ф.И.О. лечащего врача	
4. ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ КОМПЕНСАЦИИ	
<input type="checkbox"/> Застрахованное лицо <input type="checkbox"/> Наследники-в соответствии с законом <input type="checkbox"/> Бенефициар-согласно с картой назн. бенефициара	

**5. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПОДЛЕЖИТ ОПЛАТЕ**

- По паспортным данным перечислить деньги на транзитный счет банка:
- Арарат Банк \_\_\_\_\_  
 (Пожалуйста укажите серию, номер, дату выдачи, код пасп. ст получателя)
- Другой \_\_\_\_\_  
 (Пожалуйста укажите банк, отделение /Адрес )

- Банковским перечислением
- Банк/ Номер счета \_\_\_\_\_
  - Имя, фамилия владельца счета \_\_\_\_\_

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Настоящим подтверждаю, что данным заявлением и всеми документами прилагаемыми к нему, предъявлены все известные мне факты и информация, которые являются полными, правильными, достоверными и соответствуют действительности.

Осознаю, что любое предоставление недостоверной или очевидно неправильной информации может являться основанием для отклонения заявления, а предоставление ложной информации и/или документов влечет ответственность в порядке, предусмотренном законом.

Данным заявляю, что не имею возражений против предоставления любой информации СЗАО “ИНГО АРМЕНИЯ” о моем диагнозе и лечении со стороны медицинских учреждений для изучения и урегулирования моего страхового иска.

Дата	Лицо, заполнившее Заявление /Имя, фамилия / Подпись	Если лицо, заполнившее данное заявление, не является Застрахованным лицом, просим указать связь с Застрахованным лицом: <input type="checkbox"/> Отец/мать Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Муж/жена Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Другое лицо (укажите) _____

\* Если предоставляются банковские данные иного лица, документ должен быть подписан лицом, к которому относится данный иск.