

8. Если Заявление предъявляется по болезни, пожалуйста, заполните следующее:

Характер заболевания, диагноз: _____

Дата первой врачебной консультации относительно этой болезни: _____

Болел ли Застрахованный этой болезнью прежде? Если да, то когда, и каким было лечение?

Укажите риски, по которым Вы заявляете Вашу страховую претензию, если они указаны на Спецификации Вашего Полиса:

Угрожающее жизни заболевание - _____

Хирургическое вмешательство - _____

Госпитализация : Дата начала госпитализации _____ Дата выписки _____

9. Застрахованное Лицо:

учится _____

работает _____

Не работает Дата прекращения работы _____

10. Должностные обязанности Застрахованного Лица, место и адрес работы или учебы:

11. Ф.И.О. и адрес работодателя Застрахованного Лица:

12. Дата прекращения выполнения всех должностных обязанностей Застрахованным Лицом:

13. Как долго Застрахованный был полностью нетрудоспособен и не мог выполнять должностные обязанности?

с _____ по _____

14. Работал ли Застрахованный со времени начала нетрудоспособности?

да нет

Если да, пожалуйста, опишите характер работы _____
и назовите дату ее начала _____

15. Если телесное повреждение было получено в результате преступного нападения, было ли об этом заявлено в милицию?

да нет

Если да, напишите, пожалуйста, адрес отделения милиции и ФИО должностного лица, ведущего дело:

16. Предъявляется ли Заявление по данному случаю к какой-либо другой страховой компании?

да нет

Если да, сообщите, пожалуйста, название, адрес Компании и номер полиса:

17. Назовите дату, когда Застрахованный предполагает приступить к работе: _____

Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями. Настоящим даю согласие ЗАО «АЛИКО» на сбор любой информации по указанному в Заявлении событию, включая медицинскую информацию о здоровье Застрахованного Лица, в любых учреждениях. Настоящим я предоставляю ЗАО «АЛИКО» право на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству, способом (в том числе без использования средств автоматизации), всех моих и Застрахованного Лица персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья) в целях заключения и исполнения договора страхования, а также в целях предоставления с помощью средств связи информации об исполнении договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. При этом такое согласие дается мной Страховщику на весь срок моей жизни и может быть отозвано в любой момент времени после окончания срока действия договора страхования путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления. Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моем и Застрахованного Лица здоровье, заболевании или травме, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья, предоставлять такую информацию в ЗАО «АЛИКО».

Полностью ФИО и подпись
Заявителя/Выгодоприобретателя

дата

На основании данного Заявления прошу выплатить Заявителю/Выгодоприобретателю страховое обеспечение.

Документы, подтверждающие наступление события, прилагаются:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Реквизиты для получения страховой выплаты:

ФИО																								
Банк получателя																								
ИНН получателя	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table> <p>10 знаков у юрид лиц (Банк) или 12 знаков если Физ лица</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
Получатель	Банк или ФИО в именительном падеже																							
БИК	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table> <p>знаков</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9														
1	2	3	4	5	6	7	8	9																
к/сч. №	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table> <p>знаков</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
р/сч.№	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> </table> <p>знаков</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
Назначение платежа:	ФИО полностью в именительном падеже																							
л/с получателя	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>/</td><td>21</td><td>22</td> </tr> </table> <p>20 или 22 знака в зависимости где открыт л/с</p>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	21	22
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	21	22		

Комментарии по заполнению реквизитов:

1. **ФИО** – фамилия, имя, отчество получателя страховой выплаты;
2. **Банк получателя** – наименование банка, включая форму собственности: ЗАО,ООО и т.п. и, если необходимо, название и номер филиала (часто бывает у Сбербанка)
3. **Получатель** –
 - 1) ФИО получателя страховой выплаты, если:
 - лицевой счет частного лица содержит 20 знаков и при этом расчетный счет банка (чаще всего Сбербанк) начинается не на «3»;
 - 2) Наименование банка, если:
 - лицевой счет содержит 22 цифры;
 - лицевой счет содержит 20 цифр, но расчетный счет банка начинается на «3» (чаще всего Сбербанк);
 - лицевой счет состоит из 16 цифр (это означает, что зачисления будут на карточный счет)
4. **ИНН получателя**-
 - 1) если получатель - физическое лицо, то ИНН физического лица (12 знаков). Данная информация не всегда известна даже самому физическому лицу, тогда ИНН будет 000000000000 (12-ть нулей);
 - 2) если получатель Банк, то ИНН Банка (10 знаков).
5. **БИК** – БИК банка
6. **К/сч** – корреспондентский счет банка (можно не указывать)
7. **Р/сч** – расчетный счет банка
8. **Л/с получателя** – лицевой счет физического лица – состоит из 20 или 22 цифр. Или из 16 –если это карточный счет

 Полностью ФИО и подпись
 Заявителя/Выгодоприобретателя

 дата