

В Отдел страховых выплат
ЗАО «АЛИКО»

От Заявителя (нужное подчеркнуть):

Застрахованного Лица / законного представителя Застрахованного Лица / Страхователя

(Ф.И.О. полностью)

По Полису № _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу осуществить вступление в действие дополнительной программы (нужное подчеркнуть)
**«Освобождение от уплаты страховых взносов» / «Защита страхового взноса при
страховании ребенка»** по Полису № _____ в связи с наступлением
страхового события (отметить нужное)

- Постоянная полная нетрудоспособность Застрахованного Лица / Страхователя
- Смерть Страхователя

Дата наступления страхового события: _____

Документы (оригиналы или заверенные копии), подтверждающие наступление страхового
события прилагаю.

Подпись

Дата