

В АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

От

(Ф.И.О. Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя))

(Адрес, телефон)

Полис

(№, дата)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести страховую выплату по поводу несчастного случая с

(Ф.И.О. Застрахованного лица)

Событие, имеющее признаки страхового случая, произошло «__» _____ 20__ г.

при следующих обстоятельствах: _____

В связи с чем «__» _____ 20__ г. я обратился: _____

(наименование и адрес лечебного учреждения)

Установлен диагноз: _____

Находился на лечении: с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Проведена операция: _____

Страховую выплату прошу произвести _____

(Ф.И.О., застрахованного лица/ представителя)

Акт приема - передачи документов

Наименование документа	Дата сдачи	Сдал, подпись	Принял, подпись
Договор страхования (страховой полис)			
Справка из медицинского учреждения/выписной эпикриз			
Свидетельство о рождении (несовершеннолетнего)			
Паспорт выгодоприобретателя			
Банковские реквизиты для перечисления страхового возмещения			

Я даю свое согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих персональные данные и сведения составляющие врачебную тайну.

Заявитель: _____ «__» _____ 20__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

Принято: _____ «__» _____ 20__ г.
(Должность) (Ф.И.О.) (подпись)