# Исх. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЪ»

# «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г. От

Адрес:

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

на страховую выплату

Сообщаю о наступлении события:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *(классификация события)* |  |
| В отношении Застрахованного: | |
|  | |
| *(ф. и. о. Застрахованного лица, адрес, паспортные данные)* |  |

по договору страхования (полису) от несчастных случаев и болезней №

Событие произошло: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г. в \_\_\_\_\_\_час. \_\_\_\_\_\_ мин. (время московское)

|  |  |
| --- | --- |
| при следующих обстоятельствах: |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(краткое описание причин и обстоятельств наступившего события)* |

О наступлении события заявлено: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| *(указать дату обращения , наименование соответствующих медицинских учреждений,,*  *их месторасположение, контакты и т. д.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| Выгодоприобретатель: |  |
|  | |
| *(ф. и. о., адрес, паспортные данные)* | |

Страховую выплату прошу осуществить:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| *(указать банковские реквизиты)* |

К заявлению прилагаются:

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| (указать перечень документов) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Представитель Страхователя: |  | / |  |
| м.п. | подпись | ФИО, должность | |

Заявление принял:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Представитель Страховщика: |  | / |  |
| Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. | подпись | ФИО, должность | |