



Заявление о получении страховой выплаты по окончании срока действия Договора страхования жизни

Дата приёма заявления « ____ » _____ 20__ г. Ф.И.О. сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж Подпись _____

Страховой полис/Договор № [grid]

от « ____ » _____ 20__ г.

Заявитель: Застрахованное лицо Наследник* Законный представитель (только для Застрахованного лица, достигшего четырнадцатилетнего возраста)

Фамилия [grid]

Имя [grid] **Отчество** [grid]

Дата рождения [grid] г. **Контактный телефон** 8- [grid]

Документ, удостоверяющий личность (наименование)

Паспорт Иной документ: [grid]

Серия [grid] Номер [grid] Дата выдачи « ____ » _____ г. [grid] - [grid] Код подразделения

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Почтовый адрес по месту проживания

[grid] _____
индекс почтовый адрес

1. Прошу перечислить причитающуюся страховую сумму на счёт Застрахованного лица**/Наследника в банке

Реквизиты для безналичного перевода (все поля обязательны для заполнения)

Название отделения Банка _____

ИНН [grid]

Расчетный счёт [grid]

Корреспондентский счёт [grid]

БИК [grid]

Лицевой счёт получателя [grid]

ФИО Получателя _____

Ф.И.О.

2. Прошу зачислить причитающуюся страховую сумму в качестве взноса по Договору страхования/Заявлению №

№ [grid]

от « ____ » _____ 20__ г.

Список обязательных к представлению документов при любом случае:

- Оригинал Договора страхования/Полиса
 - Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя
 - Копия Свидетельства о рождении Застрахованного лица, достигшего четырнадцатилетнего возраста
 - Копия документа, подтверждающего смену фамилии при наличии такового
- Если прикладываются дополнительные документы, указать какие именно: _____

В случае выплаты Наследнику в связи со смертью Застрахованного лица после окончания срока действия Договора к Заявлению обязательно прилагаются:

- Оригинал подтверждения вступления в наследство (с указанием доли в наследстве)
- Копия Свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного лица

Я принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю страховой компании ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного события.

Заявитель _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Представитель _____ / _____
Страховщика подпись Ф.И.О.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

*Заполняется в случае смерти Застрахованного лица, наступившей после окончания срока действия Договора страхования

**Возраст ребёнка для открытия счета не имеет значения