



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

Дата приёма заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. ФИО сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения  Офис продаж Подпись \_\_\_\_\_

**Страховой полис/Договор №** \_\_\_\_\_

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_ **Отчество** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ г. **Мобильный телефон 8-** \_\_\_\_\_

**Адрес электронной почты (e-mail)** \_\_\_\_\_

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

**Документ, удостоверяющий личность (наименование)**

Паспорт  Иной документ: \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

**Почтовый адрес по месту проживания**

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Расчетный счёт \_\_\_\_\_

Корреспондентский счёт \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_

Лицевой счёт получателя \_\_\_\_\_

ФИО Получателя \_\_\_\_\_

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

№ \_\_\_\_\_

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, не 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись ФИО

Агент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись ФИО

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

\*\*Возраст ребёнка для открытия счета не имеет значения