



Звонок по РФ бесплатный

Заявление на страховую
выплату в связи с дожитием до
определенной даты (за
исключением дожития до
потери работы)

Дата заключения

являюсь

(Застрахованным, Выгодоприобретателем, наследником, представителем)

Дата рождения

Вид

серия

номер

код подразделения

Кем выдан

Дата выдачи

Место

рождения

ИНН (при наличии)

СНИЛС

Для иностранного гражданина или лица без гражданства, находящегося в Российской Федерации (РФ)

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (вид, серия, номер, дата начала и дата окончания срока

Данные миграционной карты (серия (если имеется), номер, дата начала и дата окончания срока действия права пребывания в РФ)

Адрес регистрации (с индексом)

Адрес фактического

проживания/пребывания (с индексом)

Совпадает

с адресом регистрации

Адрес для направления

корреспонденции (с индексом)

Совпадает

с адресом регистрации

Совпадает

с фактическим адресом

Мобильный телефон

+7

E-mail

Ф.И.О. Застрахованного
(полностью)

Дата рождения
Застрахованного

Сведения о Застрахованном заполняются, если Заявитель не является Застрахованным

Дата дожития

подпись Заявителя

Выберите вариант и поставьте галочку:

Ф.И.О. Получателя	
Наименование Банка	
БИК Банка	
Номер рублевого расчетного счета Получателя	

В размере _____ рублей

На оплату договора № _____ От _____

МПДЛ - международный гражданский служащий или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени

К настоящему заявлению прилагается:

Представитель Страховщика _____ (дата) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О. должность)