

**Заявление  
на страховую выплату**Я,   
*(ФИО полностью)***Адрес:**Индекс  Страна Область/Край Город/Населенный пункт Улица Дом  Корпус  Квартира Паспорт: серия  номер  выдан   
*(кем и когда)*Дата выдачи  /  /  г. Дата рождения  /  /  г.Моб. тел.: ()  Дом. тел.: () E-mail: **Данные полиса:**Номер полиса  Категория Страховая сумма  EUR Франшиза Период страхования: с  /  /  г. по  /  /  г.

Прошу Вас возместить мои расходы по случаю, произошедшему

 со мной  с моим ребёнком  супругом  супругой  др. близким родственником*(ФИО ребенка/супруга/супруги/ близкого родственника)*Дата  /  /  г. Страна Обращение в Сервисную компанию:  Да  НетДата обращения  /  /  г. Время обращения  : 

По какой причине: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Описание случая: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сумма расходов составляет

Указанную выше сумму прошу перечислить по следующим платежным реквизитам:

Получатель (ФИО)

Расчетный счет

Банк (Наименование)

Юридический адрес банка:

Город/Населенный пункт

Улица  Дом

ИНН Банка

Корсчет

БИК

К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы:

---

---

---

---

Заявитель информирован о том, что сумма расходов Заявителя на нотариально заверенный перевод документов возмещению не подлежит!

Дата  /  /  г.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя  
  
(Фамилия, инициалы)

Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством работы/ обслуживания

ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на следующий адрес электронной почты (e-mail адрес):

и/или через направление sms-сообщения (смс-сообщения)

на следующий номер телефона:  () .

Дата  /  /  г.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя  
  
(Фамилия, инициалы)