

Форма Анкеты

Сведения о физическом лице – участнике операции

Дата заполнения	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
	день месяц Год
Фамилия	<input type="text"/>
Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>
Для индивидуального предпринимателя	
Регистрационный номер	<input type="text"/>
Наименование регистрирующего органа	<input type="text"/>
Дата регистрации	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Адрес регистрации по месту жительства	
Страна места регистрации	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Адрес места нахождения и почтовый адрес совпадают (в случае совпадения отметить знаком X)	
	<input type="checkbox"/>
Адрес пребывания	<input type="text"/>
Страна места нахождения	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Код города	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Серия	<input type="text"/>
Номер	<input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>
Страна	<input type="text"/>

Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	
Гражданство	
Данные миграционной карты	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации	
Сведения об отношении физического лица к категории иностранных публичных должностных лиц	
Сведения о родстве с иностранными публичными должностными лицами	

**Заявление
на получение страхового возмещения по программе «медицинские расходы» и
«несчастный случай»**

Заявление № _____

От ФИО застрахованного _____

Адрес _____
_____ конт. телефон _____

Паспорт гражданина (РФ или иного гос-ва) № _____ выдан _____

Страховой полис № _____ (кем, когда) _____
e-mail: _____

Обстоятельства произошедшего:

дата _____ город _____ страна _____

краткое описание произошедшего _____
(причины обращения, оказанные услуги) _____

диагноз _____

Вид возникших расходов:

Амбулаторное лечение Стационарное лечение Репатриация

Несчастный случай Поисково-спасательные работы Прочее

Сумма заявляемых расходов _____

Прилагаемые документы _____

Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке (кроме английского и немецкого) должны быть переведены на русский язык бюро переводов.

Банковские реквизиты для перечисления страхового возмещения:

ФИО получателя _____

банк получателя _____

ИНН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 БИК

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Корр.счет

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Расчетный счет

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Лицевой счет

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата _____ Подпись _____

**Заявление
на получение страхового возмещения**

Дополнительная информация

Дата _____ Подпись _____