

№  от   

Я, \_\_\_\_\_, являюсь:

Кем вы приходитеесь Застрахованному? **Сведения о Застрахованном**Фамилия  Имя Отчество  Дата рождения   **Сведения о произошедшем событии**Обстоятельства  
и описание  
события: Дата события:   Диагноз: **Риск договора страхования, соответствующий событию:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Смерть                       | <input type="checkbox"/> Инвалидность   | <input type="checkbox"/> Телесные повреждения        |
| <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность | <input type="checkbox"/> Госпитализация | <input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство |
| <input type="checkbox"/> ПДСОЗ                        | <input type="checkbox"/> Потеря работы  | <input type="checkbox"/> COVID-19                    |

**Контактные данные**Контактный телефон Застрахованного/Заявителя: E-mail: Почтовый адрес: Дата заполнения  
  Подпись  
\_\_\_\_\_ФИО Заявителя  
ФИО Сотрудника: Должность: Служебные отметки: Вх. № от  Подпись: \_\_\_\_\_