В АО «СОГАЗ»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ФИО

паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся

ФИО Застрахованного лица

застрахованным по договору страхования от несчастных случаев и болезней №\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на назначение моими Выгодоприобретателями по рискам «смерть в результате несчастного случая/заболевания»:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО Выгодоприобретателя | Дата рождения | Адрес места регистрации | Паспортные данные/данные свидетельства о рождении | Доля\*, % |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

\* *Если назначается несколько Выгодоприобретателей, необходимо указать долю каждого, исходя из 100% общей страховой выплаты*

Настоящее Заявление отменяет все ранее выданные мной заявления/распоряжения о назначении Выгодоприобретателей и является единственным документом, определяющим состав лиц, уполномоченных на получение страховой выплаты по Договору (в связи со смертью) до отмены данного Заявления новым заявлением.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. Застрахованного лица

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

(дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись Застрахованного лица

*Собственноручную подпись распорядителя (Застрахованного лица) удостоверяю.*

МП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность)

Оригинал заявления необходимо передать в АО «СОГАЗ» 107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова,10 на имя Комаровой Натальи Михайловны