

**УВЕДОМЛЕНИЕ**  
о событии, имеющем признаки страхового случая

Договор страхования №  от

<b>Застрахованный</b>	<input type="text"/>
<b>Дата рождения</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Заявитель</b> (если отличен от Застрахованного)	<input type="text"/>
<b>Кем Вы приходитесь Застрахованному</b>	<input type="text"/>
<b>Риск договора страхования соответствующий событию</b>	<input type="text"/>
<b>Дата события*</b>	<input type="text"/>
<b>Диагноз*</b>	<input type="text"/>
<b>Описание обстоятельств, комментарии</b>	<input type="text"/>
<b>Контактный телефон Застрахованного/Заявителя*</b>	<input type="text"/>
<b>E-mail</b>	<input type="text"/>
<b>Почтовый адрес*</b>	<input type="text"/>

(подпись Заявителя или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_  
(Дата заявления)

\* Поля, обязательные для заполнения