

От \_\_\_\_\_  
(Страхователь/Выгодоприобретатель: наименование  
юридического лица/Ф.И.О. физического лица)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплатить страховое возмещение за \_\_\_\_\_ вложения отправления,  
(повреждение/уничтожение, утрату/недостачу)  
застрахованного по договору страхования \_\_\_\_\_  
(№ страхового полиса, адресного ярлыка/квитанции, генерального полиса)  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., принятого к пересылке \_\_\_\_\_  
(наименование организации, принявшей отправление к пересылке)  
в \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(место подачи) (номер адресного ярлыка/квитанции перевозчика)  
и адресованного: \_\_\_\_\_  
(полный почтовый адрес)

Описание вложения отправления: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Место нахождения (место жительства), ИНН, ОГРН, (паспортные данные) Страхователя/Выгодоприобретателя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, телефон/факс: \_\_\_\_\_

Страховое возмещение прошу:

- выплатить наличными (выплата производится в Центральном офисе по адресу: Московская обл., г. Троицк, Октябрьский пр-т, д. 3А);  
 - перечислить на счёт в банке:

Получатель: \_\_\_\_\_  
(наименование юридического лица/Ф.И.О. физического лица)

Банк получателя: \_\_\_\_\_

Р/счёт \_\_\_\_\_, К/счёт \_\_\_\_\_

ИНН Банка получателя \_\_\_\_\_, БИК \_\_\_\_\_

Лицевой счёт \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю следующие документы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

За правильность предоставленных сведений несет ответственность Страхователь/Выгодоприобретатель.

Подпись Страхователя/Выгодоприобретателя \_\_\_\_\_ (М.П.) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Заявление принял \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (фамилия) (М.П.)