Приложение 3

В АО «СОГАЗ»
Директору по личному страхованию
Смирновой Т.Ю.

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАЗНАЧЕНИИ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ

Застрахованное лицо по Договору страхования от НС № __ LA от ___ _____ 20___г.:		
Фамилия:	Имя:	Отчество:
Дата рождения:	Контактный телефон:	
Адрес:		
Семейное положение: Не замужем (Холост): ☐ Замужем (Женат): ☐		
Выгодоприобретателем на получение страховой выплаты по рискам «Временное расстройство здоровья», «Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность)», «Смерть» назначаю:		
Фамилия Имя Отчество:		
Дата рождения:		
Отношение к застрахованному лицу:		
Паспортные данные Выгодоприобретателя:		
Адрес регистрации Выгодоприобретателя, контактный телефон:		
Доля %		
Наименование, реквизиты, банковские реквизиты:		
Подпись Застрахованного лица (опекуна, одного из родителей): Дата:		
Подпись Застрахованного лица (опекуна, одного из родителей) удостоверяю: Дата: _____ ФИО работника кадровой службы печать предприятия		

* - если в Заявлении указан один Выгодоприобретатель, то доля страховой выплаты составляет 100%. В случае, если указано 2 и более Выгодоприобретателя – доля страховой выплаты указывается на каждого Выгодоприобретателя. Сумма долей Выгодоприобретателей должна составлять 100%.