**ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ**

**по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья**

**военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы, для нужд Министерства обороны**

**Российской Федерации.**

В рамках Государственных контрактов по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы, для нужд Министерства обороны Российской Федерации АО «СОГАЗ» несет ответственность по страховым случаям, произошедшим в **период с 1 января 2015 года по 31 декабря 2019 года.** АО «СОГАЗ» производит страховые выплаты вне зависимости от срока обращения застрахованных лиц (выгодоприобретателей) **по страховым случаям, произошедшим в период с 01.01.2015 по 31.12.2019г.**

**ВАЖНО!**

Оформление документов на выплату страховых сумм осуществляется в соответствии **с Приказом Министра обороны Российской Федерации от 24 декабря 2015 г. № 833** «Об Организации в Министерстве обороны Российской Федерации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих вооруженных сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы».

**ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ?**

1. **Гибель (смерть)** застрахованного лица в период прохождения военной службы, службы, военных сборов.
2. **Смерть** застрахованного лица до истечения одного года после увольнения с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов.

**Размер страховых выплат** в случае гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения военной службы, военных сборов либо до истечения одного года после увольнения с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов **составляет 2 672 283 рублей** **15 копеек** и выплачивается выгодоприобретателям в равных долях.

**Выгодоприобретателями в случае гибели (смерти) застрахованного лица являются:**

* супруга (супруг), состоявшая (состоявший) на день гибели (смерти) застрахованного лица в зарегистрированном браке с ним;
* родители (усыновители) застрахованного лица;
* дедушка и (или) бабушка застрахованного лица при условии, что они воспитывали и (или) содержали его не менее трех лет в связи с отсутствием у него родителей;
* отчим и (или) мачеха застрахованного лица при условии, что они воспитывали и (или) содержали его не менее пяти лет;
* несовершеннолетние дети застрахованного лица, дети застрахованного лица старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, его дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях; подопечные застрахованного лица.

1. Установление застрахованному лицу **инвалидности в период прохождения военной службы, военных сборов.**
2. Установление застрахованному лицу **инвалидности до истечения одного года после увольнения** с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов.

**Размер страховых выплат** в случае установления застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы, военных сборов либо до истечения одного года после увольнения с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов, **составляет:**

* **инвалиду I группы – 2 004 212 рублей 37 копеек;**
* **инвалиду II группы - 1 336 141 рублей 57 копеек;**
* **инвалиду III группы – 668 070 рублей 80 копеек;**

1. **Тяжелое или легкое увечье (ранение, травма, контузия)**,полученное застрахованным лицом в период прохождения военной службы, военных сборов.

**Размер страховой выплаты составляет:**

**-Тяжелое увечье** (ранение, травма, контузия) **– 267 228 рублей 31 копейка;**

**-Легкое увечье** (ранение, травма, контузия) **– 66 807 рублей 08 копеек;**

1. **Увольнение военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, с военной службы**, отчисление гражданина, призванного на военные сборы на воинскую должность, для которой штатом воинской части предусмотрено воинское звание до старшины (главного корабельного старшины) включительно, с военных сборов в связи с признанием их военно-врачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов.

 **Размер страховой выплаты составляет – 66 807 рублей 08 копеек.**

Расчет выплат производится с учетом Постановлений Правительства Российской Федерации об индексации размеров отдельных выплат военнослужащим, сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти, гражданам, уволенным с военной службы (службы), и гражданам, проходившим военные сборы.

**КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ ДЛЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ?**

Для принятия решения о выплате страховых сумм военнослужащим и другим выгодоприобретателям по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих воинские части (военные комиссариаты) оформляют документы в соответствии с Перечнем документов, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 855 (Приложение 1 к настоящей Памятке).

Копии документов, необходимых для принятия решения о выплате страховой суммы, направляемые в страховую организацию, заверяются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**КАКИМ ОБРАЗОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА?**

Выплата страховых сумм выгодоприобретателю (независимо от места его жительства, места прохождения им военной службы, службы, военных сборов) производится на территории Российской Федерации в российских рублях путем безналичного перечисления.

В заявлении необходимо указать банковские реквизиты **застрахованного лица/выгодоприобретателя**, включая:

* полное наименование и местонахождение банка
* расчетный счет банка (20 знаков)
* корреспондентский счет (20 знаков)
* ИНН Банка
* БИК
* Ф.И.О. получателя платежа (владельца счета)
* номер лицевого счета получателя платежа (20 знаков) или банковской карты.

Перечисление страховой суммы несовершеннолетним детям, являющимся выгодоприобретателями по случаям смерти/гибели военнослужащих, осуществляется на счет, открытый на имя ребенка.

Выплата страховой суммы на счет, открытый на имя иного лица, не производится.

**В КАКОЙ СРОК ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА?**

**После получения всех необходимых правильно оформленных документов АО «СОГАЗ» в течение 15 дней** производит страховую выплату либо оформляет отказ в страховой выплате.

**КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Единый Федеральный бесплатный круглосуточный телефонный номер АО «СОГАЗ»:**

**8-800-333-23-63**

**8-800-333-0-888**

**Адрес электронной почты:** minoborony@sogaz.ru

**Почтовый адрес АО «СОГАЗ» для отправки документов:**

**107078, г. Москва, пр-т Ак. Сахарова, д. 10, АО «СОГАЗ», Управление урегулирования убытков по обязательному страхованию от НС и болезней.**

**Если Вы хотите самостоятельно передать пакет документов в офис**

**АО «СОГАЗ», с 19.08.2019 почтовый ящик для корреспонденции расположен по адресу: г. Москва, 2-й Южнопортовый проезд, д.27а, стр.1**



**Приложение 1 к Памятке**

**I. Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты, утвержденный постановлением Правительства РФ № 855 от 29.07.1998 г.**

Страховая выплата производится страховщиком на основании документов, подтверждающих наступление страховых случаев.

*1) В случае гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения военной службы, военных сборов:*

* заявление о выплате страховой суммы от каждого выгодоприобретателя по обязательному государственному страхованию (несовершеннолетние дети застрахованного лица и подопечные включаются в заявление одного из супругов, опекуна или попечителя вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя);
* справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;
* копия свидетельства о смерти застрахованного лица;
* копия выписки из приказа командира воинской части (начальника учреждения, руководителя организации) об исключении застрахованного лица из списков личного состава воинской части (учреждения, организации);
* копии документов, подтверждающих родственную связь

выгодоприобретателей с застрахованным лицом;

* копия постановления органа опеки и попечительства об установлении опеки или попечительства застрахованного лица над подопечными;
* копия документа органа опеки и попечительства, подтверждающего отсутствие родителей у застрахованного лица и факт его воспитания и (или) содержания выгодоприобретателями;
* справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, об обучении детей застрахованного лица в возрасте от 18 до 23 лет с указанием даты зачисления на обучение;
* копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности детям застрахованного лица до достижения ими 18-летнего возраста, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

*2) В случае смерти застрахованного лица до истечения одного года после увольнения с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов:*

* заявление о выплате страховой суммы от каждого выгодоприобретателя (несовершеннолетние дети застрахованного лица и подопечные включаются в заявление одного из супругов, опекуна или попечителя вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя);
* копия свидетельства о смерти застрахованного лица;
* копия заключения (справки) военно-врачебной комиссии или федерального учреждения медико-социальной экспертизы о причинной связи увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, приведших к смерти застрахованного лица;
* копия выписки из приказа командира воинской части (начальника учреждения, руководителя организации) об исключении застрахованного лица из списков личного состава воинской части (учреждения, организации);
* копии документов, подтверждающих родственную связь

выгодоприобретателей с застрахованным лицом;

* копия акта органа опеки и попечительства о назначении застрахованного лица опекуном или попечителем подопечного;
* копия документа органа опеки и попечительства, подтверждающего отсутствие родителей у застрахованного лица и факт его воспитания и (или) содержания выгодоприобретателями;
* справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, об обучении детей застрахованного лица в возрасте от 18 до 23 лет с указанием даты зачисления на обучение;
* копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности детям застрахованного лица до достижения ими 18-летнего возраста, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

*3) В случае установления застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы, военных сборов:*

* заявление застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (в случае повышения группы инвалидности застрахованному лицу им дополнительно указывается информация об обращении с заявлением о выплате страховой суммы, причитающейся по прежней группе инвалидности, ее получении и размере);
* справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;
* копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности застрахованному лицу, выданной федеральным учреждением медикосоциальной экспертизы;
* копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) военно-врачебной комиссии либо другие военномедицинские (медицинские) документы, подтверждающие нарушение здоровья;

*4) В случае установления застрахованному лицу инвалидности до истечения одного года после увольнения с военной службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, военных сборов:*

* заявление застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (в случае повышения группы инвалидности застрахованному лицу им дополнительно указывается информация об обращении с заявлением о выплате страховой суммы, причитающейся по прежней группе инвалидности, ее получении и размере);
* копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности застрахованному лицу, выданной федеральным учреждением медикосоциальной экспертизы;
* копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) военно-врачебной комиссии либо другие военномедицинские (медицинские) документы, подтверждающие нарушение здоровья;
* копия выписки из приказа командира воинской части (начальника учреждения, руководителя организации) об исключении застрахованного лица из списков личного состава воинской части

(учреждения, организации);

*5) В случае получения застрахованным лицом в период прохождения военной службы, военных сборов тяжелого или легкого увечья (ранения, травмы, контузии):*

* заявление застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица;
* справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;
* справка военно-врачебной комиссии о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии), полученного застрахованным лицом;

*6) В случае увольнения военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, с военной службы, отчисления гражданина, призванного на военные сборы на воинскую должность, для которой штатом воинской части предусмотрено воинское звание до старшины (главного корабельного старшины) включительно, с военных сборов в связи с признанием их военноврачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученного в период прохождения военной службы, военных сборов:*

* заявление застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица;
* справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;
* копия свидетельства о болезни застрахованного лица, признанного военно-врачебной комиссией негодным или ограниченно годным к военной службе;
* копия выписки из приказа командира воинской части (начальника учреждения, руководителя организации) об исключении застрахованного лица из списков личного состава воинской части (учреждения, организации).

 Копии документов, необходимых для принятия решения о выплате страховой суммы, направляемые в страховую организацию, заверяются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Образцы справок об обстоятельствах наступления страховых случаев и заявлений на выплату страховых сумм в соответствии с Приказом**

**Министра Обороны России от 24 декабря 2015 г. № 833**

Приложение N 2

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

Угловой штамп

военно-медицинской организации

(военно-врачебной комиссии)

 СПРАВКА

 о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии),

 полученного застрахованным лицом

N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

в период прохождения военной службы (военных сборов) в войсковой части

\_\_\_\_\_, относящейся к Министерству обороны Российской Федерации, "\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ увечье (ранение, травму,

 (тяжелое или легкое)

контузию) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (окончательный диагноз в соответствии с заключением

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (справкой) военно-медицинской организации)

в связи с чем находился на лечении с "\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_ 20\_\_ г.

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование военно-медицинской организации)

 Справка выдана для направления страховщику по обязательному

государственному страхованию для принятия решения о выплате страховой

суммы.

 Председатель военно-врачебной комиссии

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

 (подпись, инициал имени, фамилия)

М.П.

 Секретарь военно-врачебной комиссии

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

 (подпись, инициал имени, фамилия)

Приложение N 3

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

Угловой штамп

воинской части

(военного комиссариата)

 СПРАВКА

 об обстоятельствах наступления страхового случая

 при гибели (смерти) застрахованного лица в период

 прохождения военной службы, военных сборов

N \_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

проходивший военную службу (военные сборы) в войсковой части \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

относящейся к Министерству обороны Российской Федерации, погиб (умер)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. вследствие увечья (ранения, травмы, контузии),

заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (окончательный диагноз в соответствии с заключением

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (справкой) военно-медицинской организации)

полученного в период прохождения военной службы, при обстоятельствах:

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

 (указываются обстоятельства в соответствии с рапортом по факту гибели

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

 (смерти) военнослужащего, материалами административного расследования,

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

 расследования, проводимого органами дознания (следствия),

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

 вынесенными судебными решениями)

 С военной службы уволен приказом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_.

 По факту гибели (смерти) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уголовное дело

 (фамилия, инициалы)

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

(возбуждалось или не возбуждалось)

 В личном деле (учетно-послужных документах) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы)

значатся члены семьи:

 супруг(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающий(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

дети \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилии, имена, отчества (при наличии), даты рождения)

проживающие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

 мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

 отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полный почтовый адрес)

 Справка выдана для направления страховщику по обязательному

государственному страхованию для принятия решения о выплате страховой

суммы.

 Должностное лицо воинской части (военного комиссариата)

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

(должность, подпись, инициал имени, фамилия)

 М.П.

Примечания: 1. В случае отсутствия одного из членов семьи застрахованного лица в соответствующей строке указывается причина отсутствия.

2. В случае гибели (смерти) одного из членов семьи застрахованного лица указываются дата, серия и номер свидетельства о смерти.

Приложение N 4

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

Угловой штамп

воинской части

(военного комиссариата)

 СПРАВКА

 об обстоятельствах наступления страхового случая

 при установлении застрахованному лицу инвалидности в период

 прохождения военной службы, военных сборов

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

проходящему военную службу (военные сборы) в войсковой части \_\_\_\_\_\_\_\_,

относящейся к Министерству обороны Российской Федерации, "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20\_\_ г. установлена инвалидность \_\_\_\_ группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указываются обстоятельства

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

 и причина установления инвалидности в соответствии со справкой,

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

 выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы)

 Справка выдана для направления страховщику по обязательному

государственному страхованию для принятия решения о выплате страховой

суммы.

 Должностное лицо воинской части (военного комиссариата)

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

(должность, подпись, инициал имени, фамилия)

 М.П.

Приложение N 5

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

Угловой штамп

воинской части

(военного комиссариата)

 СПРАВКА

 об обстоятельствах наступления страхового случая

 при получении застрахованным лицом в период прохождения

 военной службы, военных сборов тяжелого или легкого

 увечья (ранения, травмы, контузии)

N \_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

проходящий(ивший) военную службу (военные сборы) в войсковой части

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, относящейся к Министерству обороны Российской Федерации, "\_\_"

\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ увечье (ранение,

 (тяжелое или легкое)

травму, контузию) при следующих обстоятельствах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подробные обстоятельства

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

 и причины страхового события по материалам служебной проверки

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

 либо органов следствия (дознания), решения суда)

 По факту получения увечья (ранения, травмы, контузии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия,

 инициалы)

уголовное дело \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (возбуждалось или не возбуждалось)

 Справка выдана для направления страховщику по обязательному

государственному страхованию для принятия решения о выплате страховой

суммы.

 Должностное лицо воинской части (военного комиссариата)

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

(должность, подпись, инициал имени, фамилия)

 М.П.

Приложение N 6

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

Угловой штамп

воинской части

(военного комиссариата)

 СПРАВКА

 об обстоятельствах наступления страхового случая

 при увольнении военнослужащего, проходящего военную службу

 по призыву (гражданина, призванного на военные сборы),

 в связи с признанием его военно-врачебной комиссией

 не годным или ограниченно годным к военной службе

 вследствие увечья (ранения, травмы, контузии)

 или заболевания, полученных в период

 прохождения военной службы,

 военных сборов

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

проходивший военную службу по призыву (призванный на военные сборы) в

войсковой(ую) части(ь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, относящейся к Министерству обороны

Российской Федерации, "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. признан ВВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (не годным,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к военной службе вследствие увечья (ранения, травмы,

 ограниченно годным)

контузии) или заболевания, полученного в период прохождения военной службы

при обстоятельствах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (обстоятельства наступления страхового случая

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

 и окончательный диагноз в соответствии с заключением (справкой)

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

 военно-медицинской организации (военно-врачебной комиссии)

 С военной службы уволен (с военных сборов отчислен) приказом

\_\_\_\_\_\_\_\_ от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_\_.

 Справка выдана для направления страховщику по обязательному

государственному страхованию для принятия решения о выплате страховой

суммы.

 Должностное лицо воинской части (военного комиссариата)

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

 М.П. (должность, подпись, инициал имени, фамилия)

Приложение N 7

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

 Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховщика

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

 по обязательному государственному страхованию)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 документ, удостоверяющий личность,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем и когда выдан)

 Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выплате страховой суммы

 Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате страховой суммы по обязательному

государственному страхованию в связи с гибелью (смертью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

 погибшего (умершего) военнослужащего)

 Выплату прошу произвести через: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения, отделения

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

 (филиала) банка, его полные платежные реквизиты и номер счета)

 В соответствии с пунктом 2.1 статьи 11 Федерального закона от 28 марта

1998 г. N 52-ФЗ я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отказываюсь от получения

страховых сумм по обязательному государственному страхованию, причитающихся

мне согласно другим федеральным законам и нормативным правовым актам

Российской Федерации.

 К заявлению прилагаю следующие документы:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ удостоверяю.

 (фамилия, инициалы заявителя)

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

 (должность, подпись, инициал имени, фамилия заверяющего должностного

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

 лица воинской части (военного комиссариата)

 М.П.

 В личном деле (учетно-послужных документах) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество

 (при наличии)

значатся члены семьи:

 супруг(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающий(ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

 дети \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилии, имена, отчества (при наличии), даты рождения)

проживающие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

 мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (полный почтовый адрес)

 отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полный почтовый адрес)

 Должностное лицо воинской части (военного комиссариата)

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

 (должность) (подпись) (инициал имени, фамилия)

 М.П.

Примечания: 1. В случае отсутствия одного из членов семьи застрахованного лица в соответствующей строке указывается причина отсутствия.

2. В случае гибели (смерти) одного из членов семьи застрахованного лица указываются дата, серия и номер свидетельства о смерти.

Приложение N 8

к приказу Министра обороны

Российской Федерации

от 24 декабря 2015 г. N 833

Форма

 Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховщика

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

 по обязательному государственному страхованию)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 документ, удостоверяющий личность,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем и когда выдан)

 Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выплате страховой суммы

 Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате мне страховой суммы по

обязательному государственному страхованию в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (причина обращения

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

 (страховой случай) в соответствии со статьей 4 Федерального закона

 от 28 марта 1998 г. N 52-ФЗ)

 Ранее страховую сумму получал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (да или нет)

 Выплату прошу произвести через: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения, отделения

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

 (филиала) банка, его полные платежные реквизиты и номер счета)

 В соответствии с пунктом 2.1 статьи 11 Федерального закона от 28 марта

1998 г. N 52-ФЗ я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отказываюсь от получения

 (фамилия, инициалы заявителя)

страховых сумм по обязательному государственному страхованию, причитающихся

мне согласно другим федеральным законам и нормативным правовым актам

Российской Федерации.

 К заявлению прилагаю следующие документы:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ удостоверяю.

 (фамилия, инициалы заявителя)

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

 (должность, подпись, инициал имени, фамилия заверяющего должностного

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

 лица воинской части (военного комиссариата)

М.П.