

**ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ**  
**по Государственному контракту № 03/0К/2015/ДГЗ/3 от 12.01.2015 на**  
**оказание услуг 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 2015-2016 годах**

В рамках Государственного контракта АО «СОГАЗ» несет ответственность по страховым случаям, произошедшим в период **с 1 января 2015 года по 31 декабря 2016 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 31.12.2016.

**ВАЖНО!**

С **05.04.2016** 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», так как Приказ Министра обороны Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 325 «Об Организации в Министерстве обороны Российской Федерации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих вооруженных сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы» утратил силу.

**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 2 337 352 рубля 50 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;
- бабушка и (или) дедушка 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.

3. Установление Застрахованному лицу **инвалидности в период прохождения военной службы, военных сборов.**

4. 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 – 1 753 014 рублей 38 копеек;
- инвалиду II группы - 1 168 676 рублей 25 копеек;
- инвалиду III группы – 584 338 рублей 13 копеек;

5. **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) – 233 735 рублей 25 копеек;
- Легкое увечье (ранение, травма, контузия) – 58 433 рубля 81 копейка.

6. **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 – 58 433 рубля 81 копейка.**

## **ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ?**

Застрахованному лицу (выгодоприобретателям) необходимо обратиться к руководителям центральных органов военного управления, командующим объединениями, командирам соединений и воинских частей, начальникам (руководителям) организаций Вооруженных Сил Российской Федерации, военным комиссарам, которые должны обеспечить оформление документов для страховых выплат и **направить в АО «СОГАЗ» полный пакет документов**, необходимых для принятия решения о страховой выплате.

## **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 центральные органы военного управления, объединения, соединения, воинские части, организации Вооруженных Сил Российской Федерации (далее - воинские части), военные комиссариаты оформляют документы в соответствии с Перечнем документов, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 855 и указан в Приложении 1 к настоящей Памятке.

Дополнительно в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ (ред. от 30.12.2015) "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 29.03.2016) необходимо предоставить **копию паспорта получателя страховой суммы (2-3 стр.)**.

## **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.

На счет, открытый на имя иного лица, выплата страховой суммы 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**

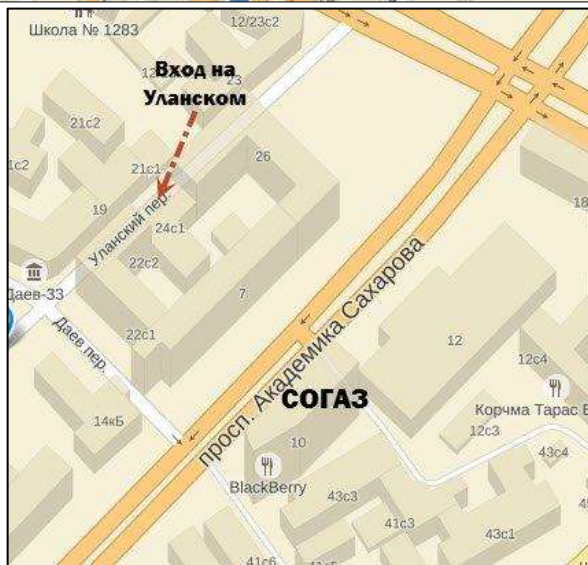
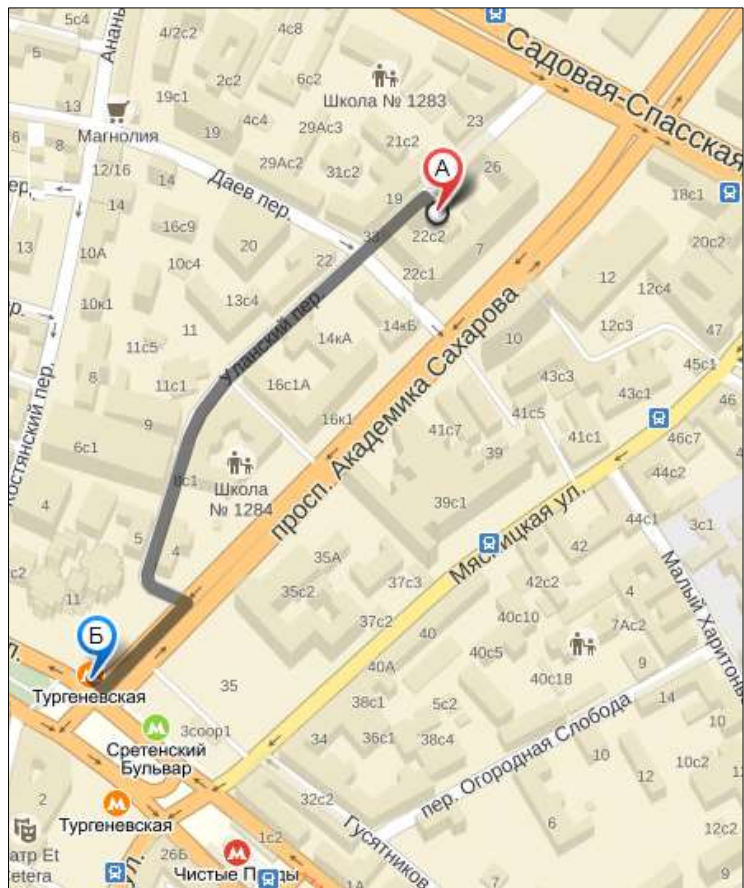
**8-800-333-0-888**

Адрес электронной почты: [minoborony@sogaz.ru](mailto: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», почтовый ящик для корреспонденции расположен по адресу:**  
г. Москва, Уланский переулок, 24/1



**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.
- 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 содержания выгодоприобретателями;
- справка образовательного учреждения 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.
- копия свидетельства о смерти застрахованного лица;
- копия заключения (справки) ВВК 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 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 содержания выгодоприобретателями;

- справка образовательного учреждения 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 о выплате страховой суммы;

- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;

- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности застрахованному лицу, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

- копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) ВВК либо другие военно-медицинские (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 о выплате страховой суммы;

- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности застрахованному лицу, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

- копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) ВВК либо другие военно-медицинские (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 о выплате страховой суммы;

- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;

- справка ВВК о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии), полученного застрахованным лицом;

б) 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 военно-врачебной 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 о выплате страховой суммы;
- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая;
- копия свидетельства о болезни застрахованного лица, признанного ВВК 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.

### **ВАЖНО!**

С **05.04.2016** 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», так как Приказ Министра обороны Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 325 «Об Организации в Министерстве обороны Российской Федерации обязательного государственного страхования жизни и здоровья военнослужащих вооруженных сил Российской Федерации и граждан, призванных на военные сборы» утратил силу.



**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,  
контузию) \_\_\_\_\_  
(тяжелое или легкое)

\_\_\_\_\_ (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)

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.

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.

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.

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)

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.

**Важно!** Для выплаты несовершеннолетнему ребенку застрахованного лица заявление пишется его законным представителем, в котором указывается:

Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате страховой суммы по обязательному государственному страхованию в связи с гибелью (смертью) воинское звание фамилия имя отчество его несовершеннолетнему сыну/дочери фамилия имя отчество.



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