

## ПАМЯТКА ПО ВЫПЛАТЕ СТРАХОВЫХ СУММ

Порядок организации выплат страховых сумм военнослужащим определен Федеральным законом от 28 марта 1998г. № 52-ФЗ «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 52-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 855 «О мерах по реализации Федерального закона № 52-ФЗ» (далее - Постановление Правительства № 855), приказом Министра обороны Российской Федерации от 8 декабря 2022 г. № 755 «Об утверждении Порядка организации работы по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, граждан, призванных на военные сборы, граждан, уволенных с военной службы, а также форм документов, необходимых для реализации Федерального закона № 52-ФЗ» (далее - Приказу № 755).

### **ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ?**

**1. Гибель (смерть)** застрахованного лица в период прохождения военной 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 3 272 657 руб. 39 коп.** 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;

- лицо, признанное фактически воспитывавшим и содержавшим застрахованное лицо в течение не менее пяти лет до достижения им совершеннолетия (фактический воспитатель). Признание лица фактическим воспитателем производится судом в порядке особого производства по делам об установлении фактов, имеющих юридическое значение (данный порядок не распространяется на лиц, указанных в абзацах четвертом и пятом настоящего пункта). **Распространяется на события, наступившие с 11 августа 2020 года** (с более подробной информацией по фактическим воспитателям можно ознакомиться по [ссылке](#)).

**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 – 2 454 493 руб. 05 коп.
- инвалиду II группы – 1 636 328 руб. 71 коп.
- инвалиду III группы – 818 164 руб. 36 коп.

**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) – 327 265 руб. 73 коп.
- **Легкое увечье** (ранение, травма, контузия) – 81 816 руб. 44 коп.

**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 – 81 816 руб. 44 коп.**

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), гражданам, проходившим военные сборы, и гражданам, пребывающим (пребывавшим) в добровольческих формированиях.

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

Для принятия решения о выплате страховых сумм застрахованным лицам (другим выгодоприобретателям) воинские части или военные комиссариаты оформляют документы в соответствии с Перечнем документов, утвержденным постановлением Правительства № 855 ([Приложение №1 к Памятке](#)).

Направляемые страховщику копии документов, необходимых для принятия решения о выплате страховой суммы, заверяются оригинальной подписью командира воинской части (военного комиссара) и печатью воинской части (военного комиссариата).



**Использование факсимильной подписи для заверения и подписания документов в рамках постановления Правительства № 855 и Приказа № 755 не предусмотрено!**

### **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 выплат несовершеннолетним детям производится на личный счет ребенка или на номинальный счет, открытый на имя законного представителя несовершеннолетнего ребенка (владельца счета) для зачисления денежных средств ребенку (бенефициару).**

**При получении выплаты на номинальный счет к комплекту документов необходимо приложить копию договора об открытии счета.**

## **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.

## **ИЗМЕНЕНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЗАКОНЕ № 52-ФЗ ПО ФАКТИЧЕСКИМ ВОСПИТАТЕЛЯМ**

Федеральным законом от 27 ноября 2023 г. N 554-ФЗ в статью 7.1 и 14 Федерального закона 52-ФЗ внесены изменения, вступившие в силу с 27 ноября 2023 года. Изменения коснулись произведения выплат фактическим воспитателям при наступлении в период с 11 августа 2020 года по 14 июля 2022 года гибели (смерти) застрахованного лица.

## **КТО ТАКОЙ ФАКТИЧЕСКИЙ ВОСПИТАТЕЛЬ?**

Фактический воспитатель – это лицо, признанное фактически воспитывавшим и содержавшим застрахованное лицо в течение не менее пяти лет до достижения им совершеннолетия. Признание лица фактическим воспитателем производится судом в порядке особого производства по делам об установлении фактов, имеющих юридическое значение.

## **КАКИХ СТРАХОВЫХ СОБЫТИЙ КОСНУЛИСЬ ИЗМЕНЕНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЗАКОНЕ № 52-ФЗ?**

Гибель (смерть) застрахованного лица в период с 11 августа 2020 года по 14 июля 2022 года.

## **ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?**

Ранее фактические воспитатели имели право на выплату страховой суммы по факту гибели (смерти) застрахованного лица только по страховым событиям, наступившим после 14 июля 2022 года.

С момента внесения изменений в Федеральный закон № 52-ФЗ фактические воспитатели имеют право на выплату по факту гибели (смерти) застрахованного лица также по страховым событиям, наступившим в период **с 11 августа 2020 по 14 июля 2022 года**.

При этом уточнен порядок произведения выплат данной категории лиц.

## **КАКОЙ ПОРЯДОК ПРОИЗВЕДЕНИЯ ВЫПЛАТ ФАКТИЧЕСКИМ ВОСПИТАТЕЛЯМ, ЕСЛИ СТРАХОВОЕ СОБЫТИЕ НАСТУПИЛО В ПЕРИОД С 11 АВГУСТА 2020 ГОДА ПО 14 ИЮЛЯ 2022 ГОДА?**

Для рассмотрения вопроса о выплате страховой суммы/компенсации фактическому воспитателю по факту гибели (смерти) в период с 11 августа 2020 года по 14 июля 2022 года застрахованного лица в адрес АО «СОГАЗ» необходимо направить полный комплект документов, оформленных воинскими частями или

военными комиссариатами в соответствии с Перечнем документов, утвержденным Постановлением Правительства № 855.

Если страховая выплата по страховому случаю уже произведена выгодоприобретателям, АО «СОГАЗ» выплатит компенсацию фактическому воспитателю в течение 30 дней после поступления всех необходимых документов в размере, равном размеру доли каждого выгодоприобретателя, рассчитанному исходя из общего количества выгодоприобретателей с учетом фактических воспитателей.

Если страховая выплата по страховому случаю не произведена, АО «СОГАЗ» рассмотрит представленный комплект документов для принятия решения о выплате страховой суммы.

### **КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

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

**8-800-333-08-88**

### **Адреса электронной почты:**

- Для уточнения статуса дела, поступления документов в страховую компанию, консультации по перечню документов просьба направлять запрос с соответствующей темой в адрес [zaprosMO@sogaz.ru](mailto:zaprosMO@sogaz.ru);
- Для передачи скан-копий реквизитов или документов, удостоверяющих личность, просьба направлять письма с соответствующей темой в адрес [minoborony@sogaz.ru](mailto:minoborony@sogaz.ru).

### **Почтовый адрес для отправки документов:**

107078, г. Москва, проспект Академика Сахарова, дом 10, АО «СОГАЗ»,  
Управление урегулирования убытков по обязательному государственному личному страхованию.

**Если Вы хотите самостоятельно передать пакет документов в офис  
АО «СОГАЗ», приём корреспонденции осуществляется по адресу:**

г. Москва, Уланский переулок, д. 24, стр.1,  
АО «СОГАЗ», зона приема корреспонденции.

**График приема:** понедельник - четверг: 09:00 до 18:00,  
пятница: с 09:00 до 16:45, суббота и воскресенье – выходные дни.

**Перечень документов, необходимых для получения страховой выплаты,  
утвержденный постановлением Правительства 855.**

Страховая выплата производится страховщиком на основании документов, подтверждающих наступление страхового случая.

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

- заявление о выплате страховой суммы от каждого выгодоприобретателя вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя (Приложение № 2 и Приложение 3 к Приказу № 755);
- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая (Приложение № 5 к Приказу № 755);
- копия свидетельства о смерти застрахованного лица либо копия документа о смерти установленной формы;
- 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;
- копия решения суда о признании лица фактически воспитывавшим и содержащим застрахованное лицо в течение не менее 5 лет до достижения им совершеннолетия - для фактического воспитателя.

**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 вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя (Приложение № 2 и Приложение 3 к Приказу № 755);
- копия свидетельства о смерти застрахованного лица либо копия документа о смерти установленной формы;

- 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;

- копия решения суда о признании лица фактически воспитывавшим и содержавшим застрахованное лицо в течение не менее 5 лет до достижения им совершеннолетия - для фактического воспитателя.

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) (Приложение № 4 к Приказу № 755);

- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая (Приложение № 6 к Приказу № 755);

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

- копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) военно-врачебной комиссии 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 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) (Приложение № 4 к Приказу № 755);
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности застрахованному лицу, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;
- копия свидетельства о болезни застрахованного лица или заключение (справка) военно-врачебной комиссии 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 застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (Приложение № 4 к Приказу № 755);
- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая (Приложение № 7 к Приказу № 755);
- справка военно-врачебной комиссии о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии), полученного застрахованным лицом (Приложение № 9 к Приказу № 755).

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 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 застрахованного лица о выплате страховой суммы вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (Приложение № 4 к Приказу № 755);
- справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая (Приложение № 8 к Приказу № 755);

- 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).

**Формы справок и заявлений, утверждённые Приказом № 755**

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| Приложение № 2 к Приказу № 755..... | 11 |
| Приложение № 3 к Приказу № 755..... | 13 |
| Приложение № 4 к Приказу № 755..... | 15 |
| Приложение № 5 к Приказу № 755..... | 17 |
| Приложение № 6 к Приказу № 755..... | 19 |
| Приложение № 7 к Приказу № 755..... | 20 |
| Приложение № 8 к Приказу № 755..... | 21 |
| Приложение № 9 к Приказу № 755..... | 22 |

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование страховщика по  
\_\_\_\_\_ обязательному государственному страхованию)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
\_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выплате страховой суммы в связи с гибелью (смертью)**  
**застрахованного лица**

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)

Ранее страховую сумму (компенсацию) получал/не получал (нужное подчеркнуть).

В соответствии с пунктом 2.1 статьи 11 Федерального закона  
от 28 марта 1998 г. № 52-ФЗ я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

отказываюсь от получения страховых сумм (компенсации) по обязательному  
государственному страхованию, причитающихся мне в соответствии  
с другими федеральными законами и нормативными правовыми актами  
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)

Имеются иные выгодоприобретатели в соответствии с пунктом 3 ст. 2  
Федерального закона № 52-ФЗ: \_\_\_\_\_

Должностное лицо воинской части  
(военного комиссариата)

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

М.П.

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование страховщика по  
\_\_\_\_\_ обязательному государственному страхованию)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
\_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выплате страховой суммы несовершеннолетнему ребенку (подопечному)**  
**застрахованного лица**

Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (при наличии) несовершеннолетнего ребенка (подопечного) военнослужащего)  
страховой суммы по обязательному государственному страхованию в связи  
с гибелью (смертью) \_\_\_\_\_  
(воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ погибшего (умершего) военнослужащего)

Ранее страховую сумму (компенсацию) получал/не получал (нужное подчеркнуть).

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. № 52-ФЗ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_, отказывается от получения  
на несовершеннолетнего ребенка (подопечного) военнослужащего страховых сумм  
(компенсации) по обязательному государственному страхованию, причитающихся  
ему в соответствии с другими федеральными законами  
и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись родителя (опекуна, попечителя) 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 \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (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)

Имеются иные выгодоприобретатели в соответствии с пунктом 3 ст. 2  
Федерального закона № 52-ФЗ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(полный почтовый адрес)

Должностное лицо воинской части  
(военного комиссариата)

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

М.П.

Форма

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование страховщика по  
\_\_\_\_\_ обязательному государственному страхованию)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
\_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выплате страховой суммы застрахованному лицу**

Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате мне страховой суммы по обязательному государственному страхованию в связи с (поставить отметку в соответствующей графе):

☐ получением застрахованным лицом в период прохождения военной службы, службы, военных сборов увечья (ранения, травмы, контузии);

☐ установлением застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

☐ установлением застрахованному лицу инвалидности до истечения одного года после увольнения с военной службы, со службы, после отчисления с военных сборов или окончания военных сборов вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, службы, военных сборов;

☐ увольнением военнослужащего, проходящего военную службу по призыву, с военной службы, отчислением 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.

Ранее страховую сумму (компенсацию) (поставить отметку в соответствующей графе):

☐ получал (а);

☐ не получал (а).

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. № 52-ФЗ я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, инициалы заявителя)

отказываюсь от получения страховых сумм (компенсации) по обязательному государственному страхованию, причитающихся мне в соответствии с другими федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, инициалы заявителя)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяю.  
(фамилия, инициалы заявителя)

\_\_\_\_\_  
(должность, подпись, инициал имени, фамилия заверяющего должностного

\_\_\_\_\_  
лица воинской части (военного комиссариата)

М.П.

Форма

Угловой штамп  
воинской части  
(военного комиссариата)

**СПРАВКА**  
**об обстоятельствах наступления страхового случая в связи с гибелью**  
**(смертью) застрахованного лица (военнослужащего) в период прохождения**  
**военной службы (военных сборов)**

№ \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

проходивший военную службу \_\_\_\_\_ (военные сборы)  
(по призыву/контракту/мобилизации)

в воинской части \_\_\_\_\_, относящейся к Министерству обороны  
Российской Федерации, погиб (умер) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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. № \_\_\_\_\_

По факту гибели (смерти) \_\_\_\_\_ уголовное дело  
(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_  
возбуждалось/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)

Имеются иные выгодоприобретатели в соответствии с пунктом 3 статьи 2 Федерального закона № 52-ФЗ: \_\_\_\_\_

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 в случае установления**  
**застрахованному лицу (военнослужащему) инвалидности в период**  
**прохождения военной службы (военных сборов)**

№ \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_,  
(воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии))  
проходящему военную службу \_\_\_\_\_ (военные сборы)  
(по призыву/контракту/мобилизации)  
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 в связи с получением**  
**застрахованным лицом (военнослужащим) в период прохождения военной**  
**службы (военных сборов) тяжелого или легкого увечья**  
**(ранения, травмы, контузии)**

№ \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_,  
(воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии))  
проходящий(ивший) военную службу \_\_\_\_\_  
(по призыву/контракту/мобилизации)  
(военные сборы) в войсковой части \_\_\_\_\_, относящейся к Министерству  
обороны Российской Федерации, «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. получил  
\_\_\_\_\_ увечье (ранение, травму, контузию) при следующих  
(тяжелое или легкое)  
обстоятельствах \_\_\_\_\_  
(подробные обстоятельства и причины страхового случая)

\_\_\_\_\_ по материалам служебной проверки либо органов следствия (дознания), решения суда)

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

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)  
уголовное дело \_\_\_\_\_  
(возбуждалось/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.

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 негодным или ограниченно годным к военной службе  
вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания,  
полученных в период прохождения военной службы (военных сборов)**

№ \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

проходивший военную службу по призыву (призванный на военные сборы)  
в войсковой(ую) части(ь) \_\_\_\_\_, относящейся(уюся) к Министерству  
обороны Российской Федерации, «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. признан ВВК \_\_\_\_\_

(не годным

\_\_\_\_\_ к военной службе вследствие увечья (ранения, травмы,  
или ограниченно годным)  
контузии) или заболевания, полученных 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. № \_\_\_\_\_

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  
военно-медицинской организации  
(военно-врачебной комиссии)

**СПРАВКА  
о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии),  
полученного застрахованным лицом**

№ \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (воинское звание, фамилия, имя, отчество (при наличии))  
в период прохождения военной службы \_\_\_\_\_ (по призыву/контракту/мобилизации)  
(военных сборов) в войсковой части \_\_\_\_\_, относящейся к Министерству  
обороны Российской Федерации, «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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)