

ПАМЯТКА ПО ВЫПЛАТЕ КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВЫХ СУММ

Порядок организации выплат компенсации 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.

2. Смерть застрахованного лица до истечения одного года после увольнения с военной службы вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы.

Размер компенсации страховых сумм в случае гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения военной службы либо до истечения одного года после увольнения с военной службы вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, **составляет 3 683 261 руб. 71 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 на день гибели (смерти) застрахованного лица;

- дети застрахованного лица в возрасте до 23 лет, прекратившие образовательные отношения с образовательной организацией и поступившие в год прекращения таких отношений в другую образовательную организацию, если гибель (смерть) застрахованного лица наступила в период между прекращением образовательных отношений с одной образовательной организацией и поступлением в другую образовательную организацию. **Распространяется на страховые случаи, наступившие с 24 февраля 2022 года.**

- 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 третьем и четвертом настоящего пункта). **Распространяется на события, наступившие с 11 августа 2020 года.**

3. Установление застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы.

4. Установление застрахованному лицу инвалидности до истечения одного года после увольнения с военной службы вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных в период прохождения военной службы.

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

- инвалиду I группы – 2 762 446 руб. 29 коп.
- инвалиду II группы – 1 841 630 руб. 87 коп.
- инвалиду III группы – 920 815 руб. 44 коп.

5. Тяжелое или легкое увечье (ранение, травма, контузия), полученное застрахованным лицом в период прохождения военной службы.

Размер компенсации страховых сумм составляет:

- **Тяжелое увечье** (ранение, травма, контузия) – 368 326 руб. 16 коп.
- **Легкое увечье** (ранение, травма, контузия) – 92 081 руб. 55 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.



Выплаты компенсаций страховых сумм военнослужащим по случаям получения ими с 1 ноября 2025 г. увечий (ранений, травм, контузий) в ходе проведения специальной военной операции осуществляются Военно-социальным центром Министерства обороны Российской Федерации и иными финансовыми органами Министерства обороны Российской Федерации.

КАКИЕ ДОКУМЕНТЫ НЕОБХОДИМО ПРЕДОСТАВИТЬ ДЛЯ ВЫПЛАТЫ КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВЫХ СУММ?

Для принятия решения о выплате компенсации 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 компенсации страховых сумм, 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 ВЫПЛАТА КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВЫХ СУММ?

Выплата 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 ВЫПЛАТА КОМПЕНСАЦИИ СТРАХОВЫХ СУММ?

После получения всех необходимых правильно оформленных документов АО «СОГАЗ» в течение 30 дней производит выплату компенсации страховых сумм либо оформляет отказ в выплате.

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, заполнив онлайн-форму по [ссылке](#).
- Для передачи скан-копий реквизитов или документов, удостоверяющих личность, просьба направлять письма с соответствующей темой в адрес 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.

ВСЦ МО РФ

По интересующим вопросам в части обязательного государственного личного страхования военнослужащих и выплат единовременных пособий в рамках Федерального закона №306-ФЗ **Вы также можете обратиться за консультацией в Военно-социальный центр Министерства обороны Российской Федерации**, расположенный по адресу:

г. Москва, ул. Мясницкая, 35

График приема: понедельник - пятница: 10:00 до 17:00, суббота и воскресенье – выходные дни.

Номер горячей линии: 8-800-707-99-99

Перечень документов, необходимых для получения компенсации страховых сумм, утвержденный постановлением Правительства 855.

Выплата компенсации страховых сумм производится страховщиком на основании документов, подтверждающих наступление страхового случая.

1) В случае гибели (смерти) застрахованного лица в период прохождения военной службы:

Получатели компенсации страховых сумм лично обращаются в военный комиссариат, воинскую часть или иную организацию Страхователя и предоставляют следующие документы:

- заявление о выплате компенсации страховых сумм от каждого выгодоприобретателя вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя (Приложение № 10 и Приложение 11 к Приказу № 755);
- копия свидетельства о смерти застрахованного лица либо копия документа о смерти установленной формы;
- 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 до 23 лет на день его гибели (смерти);
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности детям застрахованного лица до достижения ими 18-летнего возраста, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;
- копия вступившего в законную силу решения суда о признании лица фактически воспитывавшим и содержавшим застрахованное лицо в течение не менее 5 лет до достижения им совершеннолетия - для фактического воспитателя;
- справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, о прекращении образовательных отношений с детьми застрахованного лица в возрасте до 23 лет с указанием даты прекращения таких отношений и справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, о поступлении детей застрахованного лица в возрасте до 23 лет с указанием зачисления на обучение – в случае, если гибель (смерть) застрахованного лица наступила в период между прекращением образовательных отношений с одной

образовательной организацией и поступлением в год прекращения таких отношений в другую образовательную организацию;

- копия вступившего в законную силу решения суда о воспитании и(или) содержании застрахованного лица не менее 5 лет – для отчима и (или) мачехи застрахованного лица.

При приеме заявления в военном комиссариате, воинской части или иной организации Страхователя копии документов заверяются установленным порядком и приобщаются к заявлению.

Воинской частью, военным комиссариатом, иной организацией Страхователя предоставляются справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая и копия выписки из приказа командира воинской части об исключении из списков личного состава воинской части.

После оформления вышеуказанных документов военным комиссариатом, воинской частью или иной организацией Страхователя формируется пакет документов на выплату компенсации страховых сумм и направляется в адрес страховой компании для принятия решения о выплате.

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

Получатели компенсации страховых сумм лично обращаются в военный комиссариат, воинскую часть или иную организацию Страхователя и предоставляют следующие документы:

- заявление о выплате компенсации страховых сумм от каждого выгодоприобретателя вместе с копией документа, удостоверяющего личность каждого выгодоприобретателя (Приложение № 10 и Приложение 11 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;

- 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 до 23 лет на день его гибели (смерти);

- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности детям застрахованного лица до достижения ими 18-летнего возраста, выданной федеральным учреждением медико-социальной экспертизы;

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

- справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, о прекращении образовательных отношений с детьми застрахованного лица в возрасте до 23 лет с указанием даты прекращения таких отношений и справка организации, осуществляющей образовательную деятельность, о поступлении детей застрахованного лица в возрасте до 23 лет с указанием зачисления на обучение – в случае, если гибель (смерть) застрахованного лица наступила в период между прекращением образовательных отношений с одной образовательной организацией и поступлением в год прекращения таких отношений в другую образовательную организацию;

- копия вступившего в законную силу решения суда о воспитании и(или) содержании застрахованного лица не менее 5 лет – для отчима и (или) мачехи застрахованного лица.

При приеме заявления в военном комиссариате, воинской части или иной организации Страхователя копии документов заверяются установленным порядком и приобщаются к заявлению.

Воинской частью, военным комиссариатом, иной организацией Страхователя предоставляется копия выписки из приказа командира воинской части об исключении из списков личного состава воинской части.

После оформления вышеуказанных документов военным комиссариатом, воинской частью или иной организацией Страхователя формируется пакет документов на выплату компенсации страховых сумм и направляется в адрес страховой компании для принятия решения о выплате.

3) В случае установления застрахованному лицу инвалидности в период прохождения военной службы:

Получатель компенсации страховых сумм лично обращается в военный комиссариат, воинскую часть или иную организацию Страхователя и предоставляет следующие документы:

- заявление застрахованного лица о выплате компенсации страховых сумм 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 компенсации страховых сумм, причитающейся по прежней группе инвалидности, ее получении и размере) (Приложение № 12 к Приказу № 755);

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

- копия свидетельства о болезни застрахованного лица либо другие военно-медицинские (медицинские) документы, подтверждающие нарушение здоровья.

При приеме заявления в военном комиссариате, воинской части или иной организации Страхователя копии документов заверяются установленным порядком и приобщаются к заявлению.

Воинской частью, военным комиссариатом, иной организацией Страхователя предоставляется справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая.

После оформления вышеуказанных документов военным комиссариатом, воинской частью или иной организацией Страхователя формируется пакет документов на выплату компенсации страховых сумм и направляется в адрес страховой компании для принятия решения о выплате.

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

Получатель компенсации страховых сумм лично обращается в военный комиссариат, воинскую часть или иную организацию Страхователя и предоставляет следующие документы:

- заявление застрахованного лица о выплате компенсации страховых сумм 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 компенсации страховых сумм, причитающейся по прежней группе инвалидности, ее получении и размере) (Приложение № 12 к Приказу № 755);

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

- копия свидетельства о болезни застрахованного лица либо другие военно-медицинские (медицинские) документы, подтверждающие нарушение здоровья.

При приеме заявления в военном комиссариате, воинской части или иной организации Страхователя копии документов заверяются установленным порядком и приобщаются к заявлению.

Воинской частью, военным комиссариатом, иной организацией Страхователя предоставляется копия выписки из приказа командира воинской части об исключении из списков личного состава воинской части.

После оформления вышеуказанных документов военным комиссариатом, воинской частью или иной организацией Страхователя формируется пакет

документов на выплату компенсации страховых сумм и направляется в адрес страховой компании для принятия решения о выплате.

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

Получатель компенсации страховых сумм лично обращается в военный комиссариат, воинскую часть или иную организацию Страхователя и предоставляет следующие документы:

- заявление застрахованного лица о выплате компенсации страховых сумм вместе с копией документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (Приложение № 12 к Приказу № 755);

- справка военно-врачебной комиссии о тяжести увечья (ранения, травмы, контузии), полученного застрахованным лицом, либо ее нотариально заверенная копия, либо копия такой справки, заверенная надлежащим образом уполномоченным должностным лицом воинской части, военного комиссариата или иной организации Страхователя (Приложение № 9 к Приказу № 755).

При приеме заявления в военном комиссариате, воинской части или иной организации Страхователя копии документов заверяются установленным порядком и приобщаются к заявлению.

Воинской частью, военным комиссариатом, иной организацией Страхователя предоставляется справка воинской части (учреждения, организации) об обстоятельствах наступления страхового случая.

После оформления вышеуказанных документов военным комиссариатом, воинской частью или иной организацией Страхователя формируется пакет документов на выплату компенсации страховых сумм и направляется в адрес страховой компании для принятия решения о выплате.

Формы справок и заявлений, утверждённые Приказом № 755

Приложение № 5 к Приказу № 755.....	11
Приложение № 6 к Приказу № 755.....	13
Приложение № 7 к Приказу № 755.....	14
Приложение № 9 к Приказу № 755.....	15
Приложение № 10 к Приказу № 755.....	16
Приложение № 11 к Приказу № 755.....	18
Приложение № 12 к Приказу № 755.....	20

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
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)

Форма

Командиру воинской части (военному комиссару)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
проживающего по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность, _____
серия _____ № _____
выдан _____
(кем и когда выдан)
Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выплате компенсации в связи с гибелью (смертью) военнослужащего

Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате компенсации
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 _____,

(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

Командиру воинской части (военному комиссару)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

в отношении _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

несовершеннолетнего ребенка (подопечного)
военнослужащего)
проживающего по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность, _____
серия _____ № _____
выдан _____
(кем и когда выдан)

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выплате компенсации несовершеннолетнему ребенку (подопечному)
военнослужащего

Прошу Вас рассмотреть вопрос о выплате _____
(фамилия, имя,

отчество (при наличии) несовершеннолетнего ребенка (подопечного) военнослужащего)
компенсации 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 _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ отказывается
несовершеннолетнего ребенка (подопечного) военнослужащего)

от получения страховых сумм 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 _____

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 статьей 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

Командиру воинской части (военному комиссару)

от _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающего по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность, _____
серия _____ № _____
выдан _____
(кем и когда выдан)

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ о выплате компенсации

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

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

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

☐ установлением 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 кредитной организации,

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, имя, отчество (при наличии) заявителя)

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