

Приложение №3
к Правилам страхования жизни и здоровья
от 30.10.2015

От _____
(ФИО полностью)

Проживающего (-ей) по адресу _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшем с Застрахованным _____

Отношение заявителя к Застрахованному _____

(Страхователь, Выгодоприобретатель, законный представитель, степень родства)

Полис/Договор страхования № _____ от « _____ » _____ 20__ __ года

Дата события: « _____ » _____ 20__ __ года

Время наступления события _____ ч. _____ мин.

Описание события (заполняется в произвольной форме):

Причина наступления события _____

Диагноз _____

Медицинское учреждение, где Застрахованному лицу была оказана медицинская помощь:

Первичная медицинская помощь _____
(указать название учреждения)

Стационарное лечение _____
(указать название учреждения)

Амбулаторное лечение _____
(указать название учреждения)

Состояние здоровья Застрахованного лица на момент наступления страхового события _____

(указать имеющиеся заболевания, в т.ч. хронические)

Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами? _____

(указать адрес и номер отделения милиции, подразделения)

Проводился ли тест на алкоголь? _____ **Результат** _____

Заполняется в случае смерти Застрахованного лица

Место смерти Застрахованного лица _____

Сведения о медицинском учреждении (в случае смерти в медицинском учреждении):

Название _____

Адрес _____

ФИО руководителя _____

Проводилось ли вскрытие? _____

Сведения об учреждении, где проводилось вскрытие:

Название _____

Адрес _____

ФИО руководителя _____

ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

1. Документы о произошедшем событии:

1.1.	<input type="checkbox"/>	Объяснительная записка
1.2.	<input type="checkbox"/>	Выписка (-и) из медицинской карты амбулаторного больного
1.3.	<input type="checkbox"/>	Выписка (-и) из медицинской карты стационарного больного
1.4.	<input type="checkbox"/>	Медицинская справка
1.5.	<input type="checkbox"/>	Рентгеновский (-ие) снимок (-и) в количестве _____
1.6.	<input type="checkbox"/>	Листок нетрудоспособности
1.7.	<input type="checkbox"/>	Акт о несчастном случае на производстве
1.8.	<input type="checkbox"/>	Документ из правоохранительных органов
1.9.	<input type="checkbox"/>	Оригинал медицинской карты
1.10.	<input type="checkbox"/>	Заключение бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности
1.11.	<input type="checkbox"/>	Выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы
1.12.	<input type="checkbox"/>	Свидетельство о смерти, выданное ЗАГСом
1.13.	<input type="checkbox"/>	Врачебное свидетельство о смерти
1.14.	<input type="checkbox"/>	Протокол патологоанатомического вскрытия
1.15.	<input type="checkbox"/>	Заявление родственников об отказе от вскрытия
1.16.	<input type="checkbox"/>	Свидетельство о вступлении в права наследования
1.17.	Полис <input type="checkbox"/> оригинал или <input type="checkbox"/> копия	

1. Документы, удостоверяющие личность

<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя
<input type="checkbox"/>	Копия документа, удостоверяющего личность Страхователя

2. Иные документы _____

СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПЕРЕЧИСЛИТЬ

безналичным перечислением по следующим реквизитам:

НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА		
ИНН БАНКА		БИК: _____
КОР СЧЕТ БАНКА		
ПОЛУЧАТЕЛЬ		
РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ		

зачислить в счет очередных платежей

Полис _____

Я, _____

разрешаю любому врачу, любым организациям, оказавшим мне медицинскую помощь и исследовавшим состояние моего здоровья предоставлять Обществу с ограниченной ответственностью Страховая компания «Согласие-Вита» по его запросу полную информацию о состоянии моего здоровья, составляющих врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах.

Согласен на обработку Страховщиком сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора страхования, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве настоящего Согласия. Пользуясь правом, предоставленным ст.ст. 31 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 я, _____ (ФИО, год рождения, подпись)

подпись		ФИО		дата	
---------	--	-----	--	------	--

**Приложение №1 к Заявлению на страховую выплату-
Анкета клиента (физического лица)**

Фамилия Имя Отчество (при наличии)	_____	
Дата и место рождения	Дата рождения: « ____ » _____ г. Место рождения: _____	
Гражданство	<input type="checkbox"/> РФ <input type="checkbox"/> иное (указать) _____	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	Вид документа: _____ Серия документа (при наличии): _____ Номер документа: _____ Дата выдачи документа: « ____ » _____ 20 ____ г. Наименование органа, выдавшего документ: _____ Код подразделения (если имеется): _____ - _____	
Данные миграционной карты (для иностранного гражданина и лица без гражданства)	Номер карты: _____ Дата начала срока пребывания в РФ: « ____ » _____ г. Дата окончания срока пребывания в РФ: « ____ » _____ г.	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства)	Вид документа: _____ Серия документа (если имеется): _____ Номер документа: _____ Дата начала срока действия права пребывания (проживания) в РФ: « ____ » _____ г. Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: « ____ » _____ г.	
Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания	_____	
ИНН (при наличии)	_____	
Номера контактных телефонов и факсов (при наличии)	_____	
Является /не является <u>иностранным публичным должностным лицом*</u> (ИПДЛ), <u>российским публичным должностным лицом**</u> (РПДЛ), <u>должностным лицом публичной международной организации***</u> (МПДЛ) Если, да указать кем именно	<input type="checkbox"/> да _____ <input type="checkbox"/> нет	
* «иностранное публичное должностное лицо» означает любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; ** «российское публичное должностное лицо» означает физическое лицо, замещающее (занимающее) государственную должность Российской Федерации, должность члена Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должность в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенная в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; *** «должностное лицо публичной международной организации» означает международного гражданского служащего или любое лицо, которое уполномочено такой организацией действовать от ее имени;		
Имеет/ не имеет супруга/супругу, близких родственников, полнородных и неполнородных братьев и сестер, усыновителей, усыновленных, являющихся ИПДЛ, РПДЛ, МПДЛ Если да, то указываются данные о них	<input type="checkbox"/> да _____ <input type="checkbox"/> нет	
Наличие бенефициарного владельца	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____ Гражданство: _____ Дата и год рождения: _____ ИНН (при наличии): _____ Данные о документе, удостоверяющем личность (паспорт, миграционная карта, иной документ): Наименование документа: _____ серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____ Наименование органа, выдавшего документ/место выдачи: _____ Адрес места регистрации: _____ Фактическое место жительства (адрес места пребывания): _____		

« ____ » _____ 20 ____ г.
Дата

Подпись клиента

(_____)
ФИО