

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

№ □□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ - СТРАХОВАТЕЛЕ/НАСЛЕДНИКЕ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕ/ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕ (нужное подчеркнуть):			
ФИО:			
Дата рождения:	Моб. телефон:	ИНН (при наличии):	
Место рождения:	E-mail:	СНИЛС (при наличии):	
Адрес регистрации:			
Гражданство (указать все, если несколько)			
Наименование документа, удостоверяющего личность:			
Серия и номер:	Дата выдачи:	Код подразделения:	
Наименование органа, выдавшего документ:			
Номер и дата доверенности (если Представитель):			
Фактический адрес:			

СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ (ЕСЛИ О СОБЫТИИ ЗАЯВЛЯЕТ НЕ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО):	
ФИО:	
Дата рождения:	
СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗОШЕДШЕМ СОБЫТИИ:	
Обстоятельства и описание события:	

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ (НЕОБХОДИМО ОТМЕТИТЬ ХОТЯ БЫ ОДНО СОБЫТИЕ):	
<input type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного:	Дожитие Застрахованного лица до срока, установленного договором страхования Дата окончания срока действия договора страхования/ иная дата, установленная договором: □□.□□.□□□□ г.
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного:	Дата смерти: □□.□□.□□□□ г. Место смерти: _____ Причина Смерти: _____ _____

<input type="checkbox"/>	Инвалидность Застрахованного:	Дата установления: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г. Диагноз: _____ Группа инвалидности: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input type="checkbox"/> Третья
<input type="checkbox"/>	Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания:	Дата постановки диагноза: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г. Диагноз: _____
<input type="checkbox"/>	Хирургическое вмешательство:	Дата события: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.
<input type="checkbox"/>	Телесные повреждения в результате несчастного случая:	
<input type="checkbox"/>	Госпитализация:	
<input type="checkbox"/>	Временная нетрудоспособность:	
	Период нетрудоспособности: с <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г. по <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.	
	Период стационарного лечения (госпитализации): с <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г. по <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.	
	Диагноз: _____	
<input type="checkbox"/>	Дожитие Застрахованного лица до события потери работы:	
	Дата, когда Застрахованный был уведомлен о его предстоящем увольнении: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> г.	
	Место работы Застрахованного лица (название организации, ИНН организации, адрес, ФИО руководителя, контактные данные) _____	
	Должностные обязанности: _____	
	Адрес и наименование работодателя: _____	

Внимание!

1. Если Застрахованным является ребенок или недееспособное/ограниченно дееспособное лицо, то их интересы, связанные с получением страховой выплаты, осуществляются законными представителями. Документы, подтверждающие их полномочия, должны прилагаться к Заявлению;

2. Если Заявление подписано лицом, представляющим полномочия предоставлять интересы в страховую компанию и действующего на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться нотариально удостоверенная доверенность.

На основании данного Заявления прошу произвести страховую выплату в сроки, порядке и на условиях, которые установлены договором страхования, в форме безналичных расчетов по следующим реквизитам:

ФИО получателя:			
Наименование банка получателя			
Адрес и телефон банка:			
БИК:	<input type="text"/>	ИНН банка:	<input type="text"/>
Расчетный счет банка*:	<input type="text"/>		
Корреспондентский счет банка	<input type="text"/>		
Лицевой счет получателя:	<input type="text"/>		
или			
№ пластиковой карты получателя:	<input type="text"/>		

*Расчетный счет банка обязательно заполняется, если указан только № пластиковой карты.

Подписывая настоящее Заявление, Заявитель подтверждает, что Страхователь/Застрахованный/Выгодоприобретатель/наследник Застрахованного:

- 1) не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица;
- 2) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег), не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза;
- 3) не является лицом, в отношении которого возбуждено производство по делу о несостоятельности (банкротстве);
- 4) не является лицом, в отношении которого предъявлен/ы гражданский иск/и со стороны судебных, налоговых и иных надзорных органов;
- 5) бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Страхователь;
- 6) вся указанная в данном Заявлении информация (в т.ч. указанная в Декларации) является полной и достоверной;
- 7) Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) как с применением, так и без применения средств автоматизации (на бумажных носителях), а именно на совершение следующих действий, предусмотренных 3-й статьей Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных»:
 - а) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных;
 - б) передачу персональных данных третьим лицам на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений с целью оказания услуги Страховщику и третьим лицам в рамках исполнения Страховщиком Договора страхования;

в целях:

- а) прекращения договора страхования;
- б) осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами;

в составе перечня персональных данных:

- а) данных паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, идентификационного номера налогоплательщика, данных свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, данных о местах работы и занимаемых должностях, контактного телефона, адреса электронной почты, иных данных, переданных страхователем при заключении договора в соответствии с устным или письменным заявлением на страхование.

Согласие действует со дня его подписания и в течение 8 лет после окончания срока действия договора страхования. Согласие может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления по адресу Страховщика, указанному в настоящем Заявлении.

Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Подписывая настоящее заявление, Заявитель заявляет об отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, по Договору страхования.

Подпись Заявителя	ФИО Заявителя	Дата Заявления
--------------------------	----------------------	-----------------------

Заполняется сотрудником ООО СК «Согласие-Вита»

Дата предоставления
заявления

г.

ФИО Сотрудника Подпись Сотрудника

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1
 К ЗАЯВЛЕНИЮ
 НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ
 № □□□□□□□□□□ от □□.□□.□□□□ г.**

Поставить отметку напротив названия приложенного документа	
Документы о произошедшем событии:	
<input type="checkbox"/>	Объяснительная записка
<input type="checkbox"/>	Выписка (-и) из медицинской карты амбулаторного больного
<input type="checkbox"/>	Выписка (-и) из медицинской карты стационарного больного
<input type="checkbox"/>	Медицинская справка
<input type="checkbox"/>	Рентгеновский (-ие) снимок (-и) в количестве <input type="text"/> штук
<input type="checkbox"/>	Листок нетрудоспособности
<input type="checkbox"/>	Акт о несчастном случае на производстве
<input type="checkbox"/>	Документ из правоохранительных органов
<input type="checkbox"/>	Оригинал медицинской карты
<input type="checkbox"/>	Заключение бюро медико-социальной экспертизы
<input type="checkbox"/>	Свидетельство о смерти, выданное ЗАГСом
<input type="checkbox"/>	Врачебное свидетельство о смерти
<input type="checkbox"/>	Протокол патологоанатомического вскрытия
<input type="checkbox"/>	Заявление родственников об отказе от вскрытия
<input type="checkbox"/>	Свидетельство о вступлении в права наследования
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
<input type="checkbox"/>	Оригинал/ Копия Договора страхования
<input type="checkbox"/>	Иные документы:

Я даю разрешение на предоставление Страховщику (ООО СК «Согласие-Вита») (129110, г. Москва, ул. Гиляровского, д.42) по его запросу полной информации о состоянии моего или Застрахованного лица здоровья, составляющей 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. Дополнительно даю свое согласие на предоставление Страховщику любой информации государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями, располагающими сведениями об истории моего заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах) наступления страхового случая (том числе любому врачу, оказавшему мне медицинскую помощь и исследовавшему состояние моего здоровья), и разрешаю Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая

Подпись Заявителя	ФИО Заявителя	Дата Заявления
-------------------	---------------	----------------

Заполняется сотрудником ООО СК «Согласие-Вита»

Дата предоставления	□□□□ □□□□ г.
---------------------	--------------

ФИО Сотрудника Подпись Сотрудника