

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

(Заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату.
Все поля обязательны для заполнения)

Я, _____, являюсь _____ (ФИО)

Застрахованным Выгодоприобретателем Наследником Застрахованного Законным представителем Застрахованного

по договору добровольного коллективного страхования от несчастных случаев и болезней № _____ прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 3 настоящего Заявления.

1. Сведения о заявителе (все поля обязательны для заполнения)

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ г. Гражданство _____

Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность заявителя:

Наименование _____ серия _____ номер _____

Кем выдан _____

Когда _____ г. Код подразделения _____

ИНН _____ СНИЛС (при наличии) _____

Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____ e-mail _____

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:

Наименование _____ серия _____ номер _____

Серия _____ номер _____

Дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Адрес регистрации по месту жительства:

Индекс: □□□□□□ Область (Край) _____

Район _____ населенный пункт (город) _____

Улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

Адрес фактического места жительства: Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

Индекс: □□□□□□ Область (Край) _____

Район _____ населенный пункт (город) _____

Улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом?

Да Нет Если «Да» укажите должность _____

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____

Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)?

Да Нет Если «Да» укажите степень родства _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени?

Да Нет Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

2. Застрахованный по договору

Ф.И.О. _____

3. Информация о событии (необходимо отметить хотя бы одно событие, в соответствии с условиями договора страхования)

Смерть Застрахованного

Дата смерти:

Причина смерти: _____

Место смерти: _____

Инвалидность Застрахованного (Постоянная утрата трудоспособности)

Дата установления инвалидности:

Группа инвалидности: Первая Вторая Третья

Причина присвоения группы инвалидности: _____

Смертельно-опасное заболевание (СОЗ)

Дата постановки диагноза:

Вид смертельно-опасного заболевания (заболевание): _____

Проведение Застрахованному хирургической операции

Дата проведения операции:

Название операции: _____

Телесные повреждения Застрахованного

Временная нетрудоспособность Застрахованного

Госпитализация Застрахованного (Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией)

Дата несчастного случая:

Диагноз: _____

Период нетрудоспособности: с по

Период стационарного лечения (госпитализации): с по

4. Обстоятельства события (кратко, обязательно для заполнения):

Обстоятельства и описание события:

Если событие наступило в результате несчастного случая, то обязательно следует указать **Дату, Время и Место несчастного случая**

Была ли вызвана по поводу события скорая неотложная мед. помощь, служба спасения, сотрудники МВД (нужное подчеркнуть):	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Мною подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

5. Для подтверждения страхового случая к заявлению на получение страховой суммы необходимо приложить следующие документы: (знаком * отмечены обязательные документы для подтверждения страхового случая)

При наступлении смерти Застрахованного	
<input type="checkbox"/> *Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о смерти	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия протокола о вскрытии (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей) или Заявление (согласие) Застрахованного лица о назначении Выгодоприобретателя	(количество листов)
При наступлении Инвалидности	
<input type="checkbox"/> *Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Нотариально заверенная копия справки об инвалидности	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия листка временной нетрудоспособности (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Копия направления лечебного учреждения на МСЭ	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о ДТП (при наличии)	(количество листов)
При установлении диагноза Смертельно-опасное заболевание (СОЗ)	
<input type="checkbox"/> *Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Документ лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащий квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ	(количество листов)
При проведении хирургической операции	
<input type="checkbox"/> *Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Документ лечебного учреждения (выписной эпикриз) с описанием проведенного оперативного вмешательства	(количество листов)
При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации:	
<input type="checkbox"/> *Копия документа, удостоверяющего личность заявителя	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма) при наличии	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Оригинал/копия листка временной нетрудоспособности (при наличии, *обязательно для риска временной нетрудоспособности)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о ДТП (при наличии)	(количество листов)
<input type="checkbox"/> *Копия свидетельства ИНН	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Иные документы	(количество листов)
Всего передано документов	(количество листов)

6. Прошу причитающиеся мне средства (обязательно должен быть выбран один из 2-х вариантов порядка выплаты):

перевести на счет в банке согласно следующим реквизитам:

Банк (название и место расположения) _____

Расчетный счет _____

БИК _____

№ счета (физ. лица) _____

выплатить почтовым переводом по следующему адресу:

_____ индекс предприятия связи _____ адрес _____

7. Разрешение

Я, _____, настоящим заявлением даю свое согласие ООО «ПФФ Страхование жизни» на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Страхователя, Застрахованного (Застрахованных) и Выгодоприобретателя, указанных в настоящем Заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере на срок, необходимый для исполнения обязательств по договору страхования (согласно ФЗ № 152-ФЗ), а также разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, имеющему информацию об истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного, предоставлять ее в случае необходимости в ООО «ПФФ Страхование жизни». Настоящее согласие может быть отозвано мной в порядке, установленном ФЗ-152 «О персональных данных». **Понимаю, что без заполнения обязательных полей и без подписи на обеих страницах заявление страховая выплата не будет осуществлена. Датой подачи заявления/приема документов считается дата передачи документов в центральный офис ООО «ПФФ Страхование жизни» (108811, г. Москва, а/я 2290, Киевское шоссе 22-й км, п. Московский, домовл. 6, стр. 1)**