

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 _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

зарегистрированный по адресу: _____

Паспорт серии _____ № _____ Кем выдан _____

являясь страхователем/ застрахованным / выгодоприобретателем/ представителем страхователя/ представителем застрахованного
(нужное подчеркнуть)

представляя интересы (для представителя) _____
(ФИО)

на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия №, дата)

настоящим заявлением в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере, свободно, своей волей и в своем интересе даю ООО «ППФ Страхование жизни», расположенному по адресу: Киевское ш. 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811, свое согласие 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 Заявлении на выплату (таких как фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес, семейное положение, образование, профессия, доходы, гражданство, пол, данные основного документа, удостоверяющего личность, индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты банковского счета, а также других необходимых данных с целью получения услуг в рамках осуществляемой страховой деятельности), с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств.

Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст.14 Закона «О персональных данных».

Также разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным органам, военным комиссариатам, работодателю, страховым организациям, имеющим информацию о наступлении страхового события, проведенном лечении, истории заболеваний, диагностированных как в период действия договора страхования, так и до его заключения, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, в отношении Страхователя, Застрахованного (Застрахованных), Выгодоприобретателя (Выгодоприобретателей), предоставлять ее в случае необходимости в ООО «ППФ Страхование жизни».

Понимаю, что при отсутствии согласия на обработку персональных данных, без заполнения обязательных полей и без подписи на каждой странице заявления страховая выплата не будет осуществлена.

подпись

ФИО

« _____ » _____ 20__ г.

Копия документа удостоверяющая личность заявителя