

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ**  
**по договору страхования от несчастных случаев и болезней «Защита детей»**  
*(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)*

Все поля обязательны для заполнения.

Я, \_\_\_\_\_, являясь \_\_\_\_\_, ФИО \_\_\_\_\_

Застрахованным  Выгодоприобретателем  Наследником Застрахованного  Законным представителем Застрахованного (Представителем по доверенности)

По договору страхования (полису) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 3 настоящего Заявления:

**1. Сведения о заявителе**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность. Наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Когда \_\_\_\_\_ г. Код подразделения \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Телефон (моб.) \_\_\_\_\_ Телефон (дом.) \_\_\_\_\_ Телефон (раб.) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Степень родства со Страхователем \_\_\_\_\_

**Адрес регистрации**

Индекс \_\_\_\_\_ Область (Край) \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт (Город) \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

**Адрес фактического места жительства**  Указать в случае, если не совпадает с адресом регистрации

Индекс \_\_\_\_\_ Область (Край) \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт (Город) \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

**Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)?**

Нет  Да

Если «Да» укажите должность и наименование организации \_\_\_\_\_

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)?** (нужное подчеркнуть)

Нет  Да

Если «Да» укажите Степень родства, должность и наименование организации \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и должность ИПДЛ \_\_\_\_\_

**Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации?** (нужное подчеркнуть)

Нет  Да Если «Да» укажите должность и наименование организации \_\_\_\_\_

**!Только для иностранных граждан:**

Если Вы являетесь иностранным гражданином, то просим указать являетесь ли налоговым резидентом РФ (налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев):

Нет  Да

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

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата начала и окончания действия пребывания \_\_\_\_\_

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Дата начала срока пребывания \_\_\_\_\_ г. Дата окончания срока пребывания \_\_\_\_\_ г.

**2. Застрахованный по договору, с которым произошло событие (не заполняется, если Заявитель является Застрахованным)**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность. Наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Когда \_\_\_\_\_ г. Код подразделения \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Телефон (моб.) \_\_\_\_\_ Телефон (дом.) \_\_\_\_\_ Телефон (раб.) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Степень родства со Страхователем \_\_\_\_\_

**Адрес регистрации**

Индекс \_\_\_\_\_ Область (Край) \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт (Город) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Подпись Заявителя \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**3. Информация о событии (необходимо отметить хотя бы одно событие):**

**для взрослого Застрахованного:**

**Смерть Застрахованного**

Дата смерти: \_\_\_\_\_ г.

Причина смерти: \_\_\_\_\_

Место смерти: \_\_\_\_\_

**для Застрахованного ребенка:**

**Телесные повреждения Застрахованного**

**Телесные повреждения Застрахованного в результате ДТП**

**Госпитализация Застрахованного**

**Госпитализация Застрахованного в результате ДТП**

Дата несчастного случая (ДТП): \_\_\_\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_

Период стационарного лечения (госпитализации): с : \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_\_

**Клещевой энцефалит Застрахованного**

Дата несчастного случая (укуса) \_\_\_\_\_

Дата постановки диагноза \_\_\_\_\_

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

Обстоятельства и описание события: \_\_\_\_\_

Наименования и адреса лечебных учреждений, в которых Застрахованный проходил лечение последние 5 лет до наступления события	
Наименование и адрес лечебного учреждения, в которое Застрахованный обратился сразу после наступления события:	
Наименование и адрес лечебного учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение	
ФИО лечащего врача:	
Если событие наступило <b>в результате несчастного случая, то обязательно следует указать:</b>	
Дата и время несчастного случая:	Место несчастного случая:
Свидетель несчастного случая (ФИО, контактный телефон):	

Была ли вызвана по поводу события скорая неотложная мед. помощь, служба спасения, сотрудники МВД (нужное подчеркнуть):  Да  Нет

Мною подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании:  Да  Нет

**5. Для подтверждения страхового случая к заявлению на получение страховой выплаты необходимо приложить следующие документы:**

**При наступлении смерти Застрахованного**

Копия Страхового полиса \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия документа, удостоверяющего личность заявителя \_\_\_\_\_ (количество листов)

Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия справки о смерти \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия акта судебно-медицинского исследования или протокол патологоанатомического вскрытия (если вскрытие производилось), заверенные органом, производившим исследование/вскрытие \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) \_\_\_\_\_ (количество листов)

Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события \_\_\_\_\_ (количество листов)

Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников или законных представителей) \_\_\_\_\_ (количество листов)

Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, выписной эпикриз (в случае стационарного лечения) \_\_\_\_\_ (количество листов)

Справка о ДТП (если смерть в результате ДТП) \_\_\_\_\_ (количество листов)

**При телесных повреждениях, госпитализации:**

Копия Страхового полиса \_\_\_\_\_ (количество листов)

Копия документа, удостоверяющего личность заявителя \_\_\_\_\_ (количество листов)

- Документ, подтверждающий родство со Страхователем (при наступлении события с детьми или супругом/супругой Страхователя) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, выписной эпикриз (в случае стационарного лечения) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Данные дополнительных методов исследований (рентгенограмма) при наличии \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Копия справки о ДТП (если госпитализация в результате ДТП) \_\_\_\_\_ (количество листов)

**При наступлении клещевого энцефалита**

- Копия Страхового полиса \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Документ, подтверждающий родство со Страхователем (при наступлении события с детьми Страхователя) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, выписной эпикриз (в случае стационарного лечения) \_\_\_\_\_ (количество листов)
- Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения \_\_\_\_\_ (количество листов)

**Копия доверенности представителя** (в случае если заявитель представляет интересы по доверенности) \_\_\_\_\_ (количество листов)

**Иные документы** \_\_\_\_\_ (количество листов)

**6. Реквизиты для перечисления** (обязательно к заполнению):

Выплату прошу осуществить по следующим реквизитам (выбрать один из вариантов)

на мой лицевой счет

в ООО «Хоум Кредит энд Финанс Банк» №

на счет в банке \_\_\_\_\_

Расчетный счет №

ИК \_\_\_\_\_ кор.счет \_\_\_\_\_

Получатель \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя ФИО

Приложение №1 к Заявлению на получение страховой выплаты от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
 Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

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 даю свое согласие ООО «ППФ Страхование жизни» на проверку и обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, 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, работодателю, 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 отношении меня или Застрахованного, предоставлять ее в случае необходимости в ООО «ППФ Страхование жизни».

Понимаю, что без заполнения всех полей заявления, а также в случае непредставления предусмотренного условиями договора страхования перечня документов, в отсутствие моей подписи на каждой странице заявления Страховщиком может быть принято решение об отказе в признании события страховым случаем.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя ФИО