

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ «ЗАБОТА»**
(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)
Все поля обязательны для заполнения

Заявление принято _____ (дата)

Заявление принял _____ (ФИО) _____ (подпись)

Я, _____ (ФИО), являюсь

- 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. Гражданство _____

Место рождения _____

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 Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Населенный Пункт (Город) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

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 (укажите должность, наименование и адрес работодателя)

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)?

Нет Да Если «Да» укажите Степень родства _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени? (нужное подчеркнуть)

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

! 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, подтверждающие права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание на территории 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)

ФИО: _____

Дата рождения _____ г. Гражданство _____

Место рождения _____

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 Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Населенный Пункт (Город) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись Заявителя _____

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

Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания Дата постановки диагноза: _____ г.

Вид смертельно опасного заболевания: _____

Первичное диагностирование серьезного заболевания Дата постановки диагноза _____ г.

Вид серьезного заболевания _____

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: _____	

5. Описание документов к заявлению на получение страховой выплаты:

При первичном диагностировании серьезного заболевания или смертельно опасного заболевания:

- Копия договора страхования (страховой полис) _____ (количество листов)
- Заявление на выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты (на банковский счет – с указанием полных банковских реквизитов для перечисления) _____ (количество листов)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя _____ (количество листов)
- Документ лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащий квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ или СЗ (кардиолога, невролога, онколога, кардиохирурга и т.д.) _____ (количество листов)
- В отношении онкологического заболевания (рака), преинвазивного рака (рака in situ) - также результаты гистологического или иммуногистохимического исследования _____ (количество листов)
- В отношении инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца: выписной эпикриз/ выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, проведенного обследования (включая ЭКГ, результаты лабораторных исследований кардиоспецифических ферментов крови, Эхо-КГ и др.), лечения _____ (количество листов)
- В отношении инсульта, ОНМК, транзиторной ишемической атаки: выписной эпикриз/ выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, неврологического статуса при поступлении в стационар и выписке из стационара, проведенного обследования (включая методы нейровизуализации (КТ, МРТ), лабораторные методы обследования и др.) и лечения, выписка из амбулаторной карты после 6 (шести) недель от даты инсульта с описанием неврологического статуса _____ (количество листов)
- В отношении аортокоронарного шунтирования: выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование, и результаты коронарной ангиографии _____ (количество листов)
- В отношении трансплантации жизненно важных органов: медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов и документально подтвержденное описание хода операции _____ (количество листов)
- Копия свидетельства ИНН Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследника Выгодоприобретателя _____ (количество листов)
- Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенная копия) _____ (количество листов)
- Выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, копия амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикрепления к данному лечебному учреждению, диагнозами и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение; выписка из медицинской карты стационарного больного, с указанием даты поступления в стационар и установленных диагнозов; копия медицинской карты стационарного больного _____ (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 _____

(наименование банка)

Расчетный счет _____

БИК _____ кор счет _____

Получатель _____

« ____ » _____ 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.