

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 в результате НС в результате НС и Б

Дата смерти:

Причина смерти: _____

Место смерти: _____

Инвалидность Застрахованного в результате НС в результате НС и Б

Дата установления инвалидности:

Группа инвалидности: Первая Вторая Третья

Причина присвоения группы инвалидности: _____

Полная нетрудоспособность Застрахованного в результате НС в результате НС и Б

Дата постановки диагноза:

Причина установления нетрудоспособности: _____

Первичное диагностирование у Застрахованного смертельно опасного заболевания (СОЗ)

Дата постановки диагноза:

Вид смертельно опасного заболевания (заболевание): _____

Проведение Застрахованному хирургической операции в результате НС в результате НС и Б

Дата проведения операции:

Название операции: _____

Телесные повреждения Застрахованного

Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая

Госпитализация Застрахованного (Временная утрата трудоспособности в связи с госпитализацией)

в результате НС в результате НС и Б

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 _____

При наступлении риска «СОЗ»

- Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты (количество листов)
- Копия свидетельства ИНН Выгодоприобретателя (количество листов)
- Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты (количество листов)
- Документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (количество листов)
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного) (количество листов)
- Копия трудовой книжки или трудового договора (количество листов)

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 «ППФ 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 «ППФ 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 «ППФ Страхование жизни» (Киевское ш. 22-й км, домовладение 6 строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811)**

« _____ » _____ 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