

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
ПО ДОГОВОРАМ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЖИЗНИ «ЗАЩИТА ДЕТЕЙ» и «СЕМЬЯ»
(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)
Все поля обязательны для заполнения

Заявление принято _____
 (дата)

Заявление принял _____
 (ФИО) (подпись)

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. 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)

для взрослого Застрахованного /Страхователя

- Смерть Застрахованного / Страхователя**
- Смерть взрослого Застрахованного в результате НС**
- Смерть взрослого Застрахованного в результате ДТП или на общественном транспорте**
- Смерть взрослого Застрахованного во время стихийного бедствия**

Дата смерти: _____ г.

Причина смерти: _____

Место смерти: _____

- Инвалидность взрослого Застрахованного в результате НС**
- Инвалидность взрослого Застрахованного в результате ДТП или на общественном транспорте**
- Инвалидность взрослого Застрахованного во время стихийного бедствия**

Дата установления инвалидности: _____ Группа инвалидности: Первая Вторая Третья

Причина присвоения группы инвалидности: _____

- Телесные повреждения взрослого Застрахованного**

Дата несчастного случая _____

Диагноз _____

для Застрахованного ребенка

- Телесные повреждения Застрахованного ребенка**
- Телесные повреждения Застрахованного ребенка в результате ДТП или на общественном транспорте**
- Телесные повреждения Застрахованного ребенка в результате стихийного бедствия**
- Госпитализация Застрахованного ребенка**
- Госпитализация Застрахованного ребенка в результате ДТП или на общественном транспорте**
- Госпитализация Застрахованного ребенка в результате стихийного бедствия**

Дата несчастного случая (ДТП) _____ г.

Диагноз _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с _____ по _____

- Клещевой энцефалит Застрахованного ребенка**

Дата несчастного случая (укуса) _____ г.

Дата постановки диагноза: _____ г. ФИО лечащего врача: _____

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 **в результате несчастного случая**, то обязательно следует указать:

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

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

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

При наступлении смерти Застрахованного/ Страхователя

- 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 патолого-анатомического вскрытия (если вскрытие проводилось), заверенные органом, проводившим исследование/вскрытие (количество листов)
- Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, проводившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события (количество листов)
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и 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 произошла в результате ДТП) (количество листов)
- Документ государственной организации по чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, подтверждающий статус погибшего во время ЧС (если смерть произошла во время стихийного бедствия) (количество листов)

При наступлении Инвалидности

- Индивидуальный план реабилитации (ИПР) (количество листов)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя (количество листов)
- Нотариально заверенная копия справки об инвалидности (количество листов)
- Копия листка временной нетрудоспособности (при наличии) (количество листов)
- Копия направления лечебного учреждения на МСЭ (количество листов)
- Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) (количество листов)
- Копия справки о ДТП (при наличии) (количество листов)
- Копия справки станции экстренной медицинской помощи об оказании медицинской помощи, проведенном обследовании, диагнозе, месте и времени обращения за медицинской помощью (при наличии) (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) (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, проводившими 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 произошла в результате ДТП) (количество листов)
- Копия справки станции экстренной медицинской помощи об оказании медицинской помощи, проведенном обследовании, диагнозе, месте и времени обращения за медицинской помощью (при наличии) (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 или супругом/супругой) (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.....
(наименование банка)

Расчетный счет.....

БИК..... кор счет.....

Получатель.....

«___» _____ 20__ г. _____

подпись

фио

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, 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.

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 обязательных полей и без подписи на каждой странице заявления страховая выплата не будет осуществлена.

«_____» _____ 20__ г. _____
подпись _____ ФИО _____