

ООО «ППФ Страхование жизни», Лицензии Банка России СЖ № 3609 от 27.01.2017 и СЛ № 3609 от 27.01.2017
 Адрес для корреспонденции: Киевское шоссе 22-й км, домовладение 6, строение 1, п. Московский, а/я 2290, г. Москва, 108811
 Адрес юридического лица: 108811, город Москва, километр Киевское шоссе 22-й (п. Московский), домовл. 6, строение 1
 Телефон 8-800-775-82-00; (495) 785-82-00, Факс: (495) 785-82-09

Заявление принято: _____ (дата)

Заявление принял: _____ (ФИО) _____ (подпись)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)

Все поля обязательны для заполнения. Заявления без указания номера полиса, ФИО заявителя, информации о событии, порядка страховой выплаты, дат, без подписей и указания даты заполнения заявления, без заполненного Приложения 1 не принимаются.

Я, _____, являясь

Застрахованным Выгодоприобретателем Наследником Застрахованного Законным представителем Застрахованного

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

1. Сведения о заявителе (все поля обязательны для заполнения)

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ г. Гражданство _____

Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность. Наименование _____ серия _____ номер _____

Кем выдан _____

Когда _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____

СНИЛС (при наличии) _____

Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____ Телефон (раб.) _____

E-mail _____

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

серия _____ номер _____ дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания _____ г. Дата окончания срока пребывания _____ г.

Адрес регистрации по месту жительства

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)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись Заявителя _____

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

3.1. Общие страховые риски

Дожитие Застрахованного Дата дожития до установленного договором срока: _____

Смерть Застрахованного в течение срока страхования по любой причине

Дата смерти: _____ Причина смерти: _____

Место смерти: _____

Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I группы) в рамках Программы освобождения от уплаты взносов /если программа включена в договор страхования /

Инвалидность Застрахованного: В результате НС В результате болезни

Дата установления инвалидности: _____

Группа инвалидности: Первая Вторая Третья (только в результате несчастного случая) Категория «ребенок-инвалид»

Причина присвоения группы инвалидности: _____

Смертельно опасное заболевание (СОЗ) /если риск указан в страховом полисе/ Дата постановки диагноза: _____

Вид смертельно опасного заболевания: _____

Хирургические операции Застрахованного в результате болезни в результате несчастного случая

Дата несчастного случая: _____

Вид операции: _____

Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая

Дата несчастного случая: _____

Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая

Госпитализация Застрахованного: в результате несчастного случая в результате болезни

Диагноз: _____

Период нетрудоспособности: с : _____ по : _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с : _____ по: _____

Реанимация Застрахованного Ребенка

Диагноз: _____

Период реанимации с : _____ по: _____

3.2. Страховые риски для женщин

Женское онкологическое заболевание /если риск указан в страховом полисе/ Дата постановки диагноза: _____

Вид онкологического заболевания: рак молочной железы рак яичника рак матки рак маточных труб

рак шейки матки рак влагалища или вульвы рак молочной железы in situ рак шейки матки in situ

Мастэктомия/гистерэктомия

Мастэктомия/гистерэктомия в связи с ЖОЗ in situ /если риск указан в страховом полисе/

Дата проведения операции: _____

Диагноз: _____

Подтверждение диагноза женского онкологического заболевания /если риск указан в страховом полисе/:

Дата постановки диагноза: _____

Вид онкологического заболевания: рак молочной железы рак яичника рак матки

рак маточных труб рак влагалища или вульвы рак шейки матки

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись Заявителя _____

Смерть Застрахованной женщины во время беременности или родов

Дата смерти: _____ Причина смерти: _____

Госпитализация Застрахованной женщины во время беременности

Диагноз: _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с : _____ по: _____

Реанимация Застрахованной женщины во время беременности или родов

Диагноз: _____

Период реанимации с : _____ по: _____

Госпитализация Застрахованной женщины после родов:

Диагноз: _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с : _____ по: _____

Реанимация Застрахованного ребенка (Застрахованных детей):

Диагноз: _____

Период реанимации с : _____ по: _____

Врожденные заболевания Застрахованного ребенка (Застрахованных детей):

Количество детей , рожденных с хромосомными заболеваниями: _____

Диагноз: _____

Дата рождения: _____

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

Обстоятельства и описание события: _____

Наименование и адрес лечебного учреждения,
в которое Застрахованный обратился сразу
после наступления события:

Наименование и адрес лечебного учреждения,
в котором Застрахованный проходил лечение
(в котором был направлен на МСЭК):

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. Опись документов к заявлению на получение страховой выплаты:

При дожитии Застрахованного

- Копия страхового полиса (при наличии)..... (количество листов)
- Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, либо
- Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых (документ должен быть заверен после даты наступления события) + копия документа, удостоверяющего личность..... (количество листов)

При наступлении смерти Застрахованного

- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного..... (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 протокола о вскрытии (при наличии)..... (количество листов)
- Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)..... (количество листов)
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)..... (количество листов)

При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов

- Индивидуальный план реабилитации (ИПР)..... (количество листов)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя..... (количество листов)
- Свидетельство о рождении ребенка (если страховой случай произошел с ребенком)..... (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 определения из ГИБДД (при наличии)..... (количество листов)

При первичном диагностировании смертельно опасного заболевания или женского онкологического заболевания:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя..... (количество листов)
- Свидетельство о рождении ребенка (если страховой случай произошел с ребенком)..... (количество листов)
- Документ лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащий квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (кардиолога, невролога, онколога, кардиохирурга и т.д.) либо заключение о причине присвоения группы инвалидности..... (количество листов)

При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации, реанимации, хирургической операции:

- Фото ожогов и фото рубцов с линейкой (при наличии)..... (количество листов)
- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя..... (количество листов)
- Свидетельство о рождении ребенка (если страховой случай произошел с ребенком)..... (количество листов)
- Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения, выписка из амбулаторной карты или заверенная лечебным учреждением копия амбулаторной карты..... (количество листов)
- Данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма, томограмма, кардиограмма и т.п.) (при наличии)..... (количество листов)
- Копия листка временной нетрудоспособности, заполненная и заверенная работодателем (обязательно для риска временной нетрудоспособности)..... (количество листов)
- Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии)..... (количество листов)
- Копия определения из ГИБДД (при наличии)..... (количество листов)
- Пакет документов для ИП (свидетельство о постановке на учет ИП в ФСС и копия платежного документа, подтверждающего уплату страховых взносов)..... (количество листов)

При госпитализации Застрахованной женщины во время беременности, реанимации Застрахованной женщины во время беременности или родов, госпитализации Застрахованной женщины после родов, реанимации

Застрахованного ребенка (Застрахованных детей):

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя..... (количество листов)
- Свидетельство о рождении ребенка (если страховой случай произошел с ребенком)..... (количество листов)
- Заверенная ЛПУ копия стационарной карты, обменной карты Застрахованной женщины..... (количество листов)
- Выписка из амбулаторной карты ЛПУ или женской консультации, где наблюдалась Застрахованная женщина, с указанием даты прикрепления к данному ЛПУ, с диагнозами и датами обращений в лечебное учреждение..... (количество листов)

При диагностировании врожденных заболеваний Застрахованного ребенка (Застрахованных детей):

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя..... (количество листов)
- Свидетельство о рождении ребенка..... (количество листов)
- Заверенная ЛПУ копия стационарной карты, обменной карты Застрахованной женщины..... (количество листов)
- «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» ребенка, выданное нотариусом не ранее чем за три месяца до даты подачи документа Страховщику..... (количество листов)
- Выписка из амбулаторной карты ЛПУ или женской консультации, где наблюдалась Застрахованная женщина, с указанием даты прикрепления к данному ЛПУ, с диагнозами и датами обращений в лечебное учреждение..... (количество листов)
- Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию)..... (количество листов)

Иные документы

Всего передано документов..... (количество листов)

6. Прошу причитающиеся мне средства (обязательно должен быть выбран один из 3-х вариантов порядка выплаты):

направить в счет уплаты страховых взносов по страховому договору (полису):

| Полис (серия, №) | Дата выдачи полиса | ФИО Страхователя | Сумма, руб. |
|------------------|--------------------|------------------|-------------|
| | | | |

перевести на счет в банке согласно следующим реквизитам (обязательно к заполнению):

- на мой личный счет**
- на счет застрахованного ребенка**

Банк (название и место расположения).....

Расчетный счет.....

БИК.....

№ счета (физ. лица).....

выплатить почтовым переводом по следующему адресу (обязательно к заполнению):.....

« » 20 г.

индекс предприятия связи, адрес

Подпись Заявителя.....

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

зарегистрированный по адресу: _____

Паспорт серии _____ № _____ Кем выдан _____

являюсь 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.