

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) \_\_\_\_\_

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

☐ Нет ☐ Да Если «Да» укажите должность \_\_\_\_\_

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

### 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 \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_ Степень родства со Страхователем \_\_\_\_\_

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)

#### 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 или II 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. Описать документы 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** \_\_\_\_\_ (количество листов)

**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):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ индекс предприятия связи, адрес

Понимаю, что при отсутствии согласия на обработку персональных данных ( Приложение № 1 к Заявлению на получение страховой выплаты ), без заполнения обязательных полей и без подписи на каждой странице заявления страховая выплата не будет осуществлена.

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

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

являясь застрахованным / выгодоприобретателем / наследником застрахованного / законным представителем застрахованного  
(нужное подчеркнуть),

представляя интересы (для представителя) \_\_\_\_\_  
(ФИО)

на основании \_\_\_\_\_  
(документ, подтверждающий полномочия №, дата)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим даю ООО СК «Эверия Лайф» (адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1), являющемуся оператором персональных данных (далее - Страховщик), согласие на обработку моих/ Застрахованного<sup>1</sup> персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, на следующих условиях:

Согласие дается на обработку персональных данных: фамилии, имени, отчества; даты рождения; места рождения; пола; семейного положения; степень родства с Застрахованным; данных документа; удостоверяющего личность; СНИЛС; гражданства; сведений о статусе резидента; налогового резидента; ИНН (TIN, иное); сведений о работе; адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания); адреса фактического места жительства; номера телефона; адреса электронной почты; сведений о доходах; банковских реквизитах; при заполнении Заявления на получение страховой выплаты Застрахованным, представителем Застрахованного, наследником Застрахованного сведений о состоянии здоровья Застрахованного, в том числе о наличии инвалидности и основаниях ее установления, сведений о заболеваниях, проведенном и проводимом лечении, информации о страховых случаях; иных данных, предоставленных мной Страховщику в настоящем Заявлении на получение страховой выплаты, путем заполнения анкет, заявлений, других документов, персональных данных, полученных от третьих лиц Страховщиком в процессе заключения и/или исполнения договора страхования, а также персональных данных, получение которых Страховщиком предусмотрено требованиями законодательства Российской Федерации.

Обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора страхования, включая урегулирование убытка (принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере), предоставление Страховщиком информации, направление запросов и уведомлений, а также в целях проверки предоставленных Страховщику сведений.

Я даю согласие на поручение обработки, передачу персональных данных лицам, перечень которых размещен на официальном сайте Страховщика <https://www.everialife.ru> (раздел Раскрытие информации – Обработка персональных данных) в целях реализации прав и исполнения Страховщиком обязательств, предусмотренных договором страхования, и для исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует с даты его предоставления до достижения цели обработки персональных данных. Я уведомлен, что настоящее согласие может быть отозвано им путем направления Страховщику заявления в письменной форме по адресу юридического лица Страховщика. Я уведомлен, что Страховщик вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, предусмотренных действующим законодательством.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И ИНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗАСТРАХОВАННОМ**

(предоставляется, если Заявителем является Застрахованный, Законный представитель Застрахованного)

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного в целях исполнения договора страхования, урегулирования убытка (принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере), проверки предоставленных сведений, предоставляет свое согласие ООО СК «Эверия Лайф» (адрес юридического лица: 108811, г. Москва, км 22-й (Киевское ш.), двлд.6, стр. 1) на запрос и получение в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы (далее - бюро МСЭ), фондах обязательного медицинского страхования, в том числе территориальных (далее - ФОМС (ТФОМС)), в любых медицинских организациях и/или у врачей, у которых Застрахованный когда-либо получал медицинские консультации, получал и/или получает лечение, находился и/или находится под наблюдением, страховых организациях, страховых медицинских организациях, а также в правоохранительных и иных органах (учреждениях), военных комиссариатах, у работодателя и иных организациях (далее совместно - Организации) полную информацию и документы об обстоятельствах заявленных событий, обладающих признаками страхового случая, о фактах обращений Застрахованного за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, физическом и психическом состоянии, об истории заболеваний, проведенном и/или проводимом лечении, диагнозах, прогнозе лечения, о наличии инвалидности и основаниях ее установления (далее – Информация и документы).

На основании положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Застрахованный/Законный представитель Застрахованного разрешает бюро МСЭ, ФОМС(ТФОМС), любым медицинским организациям, врачам и иным указанным выше Организациям предоставлять вышеуказанные Информацию и документы в отношении Застрахованного, в том числе, относящиеся к врачебной тайне, по запросу ООО СК «Эверия Лайф».

Застрахованный/Законный представитель Застрахованного согласен с тем, что врачи, руководители и работники вышеуказанных Организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности в отношении сведений, содержащихся в Информации и документах, в том числе относящихся к врачебной тайне, при предоставлении их ООО СК «Эверия Лайф» и подтверждает, что предоставление Информации и документов по запросу ООО СК «Эверия Лайф» не будет являться нарушением Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

<sup>1</sup> В случае заполнения Законным представителем Застрахованного