

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)

☐ Смерть Страхователя

для взрослого Застрахованного

☐ Смерть Застрахованного

☐ 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	
Многу подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании: ☐ Да ☐ Нет	

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)
- ☐ Копия определения из ГИБДД (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 определения из ГИБДД (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 определения из ГИБДД (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:

Банк _____
(наименование банка)

Расчетный счет _____

БИК _____ кор счет _____

Получатель _____

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.

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/ Застрахованного¹ 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.

¹ В случае заполнения Законным представителем Застрахованного