

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)

Я, _____, являясь
(ФИО)

☐ Застрахованным ☐ Выгодоприобретателем ☐ Наследником Застрахованного ☐ Законным представителем Застрахованного

по договору добровольного коллективного страхования от несчастных случаев и болезней № _____ 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 заявителя:

Наименование _____ серия _____ номер _____

Кем выдан _____

Когда _____ г. Код подразделения _____

ИНН _____ СНИЛС (при наличии) _____

Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____ e-mail _____

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

Наименование _____ серия _____ номер _____

Серия _____ номер _____

Дата начала и окончания срока действия права пребывания _____

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 иностранным публичным должностным лицом?

☐ Да ☐ Нет 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)?

☐ Да ☐ Нет Если «Да» укажите степень родства _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы представителем иностранного публичного должностного лица/действуете от его имени?

☐ Да ☐ Нет Если «Да» укажите Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

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

5 Опись документов к заявлению на получение страховой выплаты:

При наступлении риска «смерть»	
☐ 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)
☐ Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГС о смерти Застрахованного	(количество листов)
☐ Копия медицинского свидетельства ЗАГС о смерти Застрахованного	(количество листов)
☐ Копия справки о смерти	(количество листов)
☐ Копия протокола о вскрытии (при наличии)	(количество листов)
☐ Распоряжение Застрахованного о назначении Выгодоприобретателя по договору страхования, если оно было составлено отдельно от договора страхования	(количество листов)
☐ Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию) (для наследников и законных представителей)	(количество листов)
☐ Копия акта о несчастном случае на производстве в случае смерти от несчастного случая на производстве	(количество листов)
☐ Копия трудовой книжки или трудового договора	(количество листов)

При наступлении риска «инвалидность»	
☐ 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)
☐ Нотариально заверенная копия справки об инвалидности (заключение МСЭК)	(количество листов)
☐ Копия направления на МСЭК с перечнем диагнозов, на основании которых Застрахованный был направлен на освидетельствование	(количество листов)
☐ Копия листка или справки о временной нетрудоспособности (при наличии)	(количество листов)
☐ Копия акта о несчастном случае на производстве в случае инвалидности в результате несчастного случая на производстве	(количество листов)
☐ Медицинские карты и иные документы лечебно-профилактических, клинических или иных лечебных учреждений	(количество листов)
☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)	(количество листов)
☐ Копия трудовой книжки или трудового договора	(количество листов)

При наступлении рисков «полная нетрудоспособность», «телесные повреждения»	
☐ 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)
☐ Копии листка или справки о временной нетрудоспособности (при наличии)	(количество листов)
☐ Справка из травмпункта (при наличии)	(количество листов)
☐ Результаты инструментальных обследований (снимок, электронный носитель и др.) с описанием, выполненным профильным специалистом	(количество листов)
☐ Копии акта о несчастном случае на производстве в случае телесных повреждений в результате несчастного случая на производстве	(количество листов)
☐ Выписки из ЛПУ о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, установленных в результате несчастного случая	(количество листов)
☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)	(количество листов)
☐ Копия трудовой книжки или трудового договора	(количество листов)

При наступлении риска «временная нетрудоспособность»	
☐ 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)
☐ Заверенная работодателем копия листка нетрудоспособности	(количество листов)
☐ Медицинские карты и иные документы лечебно-профилактических, клинических или иных лечебных учреждений	(количество листов)
☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)	(количество листов)
☐ Копия трудовой книжки или трудового договора	(количество листов)

При наступлении рисков «госпитализация», «хирургические операции»	
☐ 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)
☐ Копия листка или справки о временной нетрудоспособности с отметкой о нахождении на стационарном лечении	(количество листов)
☐ Справка из травмпункта (при наличии)	(количество листов)
☐ Копии акта о несчастном случае на производстве в случае госпитализации в результате несчастного случая на производстве	(количество листов)
☐ Выписки из ЛПУ о нахождении Застрахованного на стационарном лечении с перечнем диагнозов (операций)	(количество листов)
☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)	(количество листов)
☐ Копия трудовой книжки или трудового договора	(количество листов)

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 _____

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 _____

от " _____ " _____ 20 ____ г.

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