

Заявление принято : _____
(дата)

Заявление принял : _____
(Ф.И.О.) (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 _____ номер _____ 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 _____

Дата выдачи _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____

СНИЛС (при наличии) _____ E-mail _____

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

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 _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

Адрес фактического места жительства Отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Населенный пункт _____

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):

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ г. Гражданство _____

Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность: наименование _____ серия _____ номер _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____ СНИЛС _____

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

E-mail _____ Степень родства со Страхователем _____

Адрес регистрации:

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Город (населенный пункт) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

Адрес фактического места жительства: отметить в случае, если совпадает с адресом регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Город (населенный пункт) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

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

3.1. Общие страховые риски

Дожитие Застрахованного Дата дожития до установленного договором срока _____

Прошу учитывать порядок налогообложения с учетом положений п.2 и п.3 ст.4 Федерального закона № 418-ФЗ от 17.11.2025

(обязательно к заполнению для выплаты по риску Дожитие Застрахованного)

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

Осложнения после ПКП

Дата постановки диагноза: _____

Диагноз: _____

« ____ » _____ 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, 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 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):	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Мною подано (я собираюсь подавать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании:	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

« ____ » _____ 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/ 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