

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

☐ Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты

☐ Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного

☐ Копия медицинского свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного

☐ Копия справки о смерти

☐ Копия протокола о вскрытии (при наличии)

☐ Распоряжение Застрахованного о назначении Выгодоприобретателя по договору страхования, если оно было составлено отдельно от договора страхования

☐ Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенную копию) (для наследников и законных представителей)

☐ Копия акта о несчастном случае на производстве в случае смерти от несчастного случая на производстве

☐ Копия трудовой книжки или трудового договора

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

При наступлении риска «инвалидность»

☐ Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты

☐ Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты

☐ Нотариально заверенная копия справки об инвалидности (заключение МСЭК)

☐ Копия направления на МСЭК с перечнем диагнозов, на основании которых Застрахованный был направлен на освидетельствование

☐ Копия листка или справки о временной нетрудоспособности (при наличии)

☐ Копия акта о несчастном случае на производстве в случае инвалидности в результате несчастного случая на производстве

☐ Медицинские карты и иные документы лечебно-профилактических, клинических или иных лечебных учреждений

☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)

☐ Копия трудовой книжки или трудового договора

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

При наступлении рисков «полная нетрудоспособность», «телесные повреждения»

☐ Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты

☐ Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты

☐ Копии листка или справки о временной нетрудоспособности (при наличии)

☐ Справка из травмпункта (при наличии)

☐ Результаты инструментальных обследований (снимок, электронный носитель и др.) с описанием, выполненным профильным специалистом

☐ Копии акта о несчастном случае на производстве в случае телесных повреждений в результате несчастного случая на производстве

☐ Выписки из ЛПУ о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, установленных в результате несчастного случая

☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)

☐ Копия трудовой книжки или трудового договора

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

При наступлении риска «временная нетрудоспособность»

☐ Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты

☐ Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты

☐ Заверенная работодателем копия листка нетрудоспособности

☐ Медицинские карты и иные документы лечебно-профилактических, клинических или иных лечебных учреждений

☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)

☐ Копия трудовой книжки или трудового договора

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

При наступлении рисков «госпитализация», «хирургические операции»

☐ Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты

☐ Заявление на страховую выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты

☐ Копия листка или справки о временной нетрудоспособности с отметкой о нахождении на стационарном лечении

☐ Справка из травмпункта (при наличии)

☐ Копии акта о несчастном случае на производстве в случае госпитализации в результате несчастного случая на производстве

☐ Выписки из ЛПУ о нахождении Застрахованного на стационарном лечении с перечнем диагнозов (операций)

☐ Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для уполномоченных представителей Застрахованного)

☐ Копия трудовой книжки или трудового договора

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

(количество листов)

При наступлении риска «СОЗ»

- | | |
|---|---------------------------|
| ☐ Копии документов, удостоверяющих личность Выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты | _____ (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 _____

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