

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО КОМБИНИРОВАННОГО СТРАХОВАНИЯ «ЗАБОТА»
(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)

☐ Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания Дата постановки диагноза: _____ г.
Вид смертельно опасного заболевания: _____

☐ Первичное диагностирование серьезного заболевания Дата постановки диагноза _____ г.
Вид серьезного заболевания _____

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:	

5. Опись документов к заявлению на получение страховой выплаты:

При первичном диагностировании серьезного заболевания или смертельно опасного заболевания:

- ☐ Копия договора страхования (страховой полис) _____ (количество листов)
- ☐ Заявление на выплату по установленной форме с указанием способа страховой выплаты (на банковский счет – с указанием полных банковских реквизитов для перечисления) _____ (количество листов)
- ☐ Копия документа, удостоверяющего личность заявителя _____ (количество листов)
- ☐ Документ лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащий квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ или СЗ (кардиолога, невролога, онколога, кардиохирурга и т.д.). _____ (количество листов)
- ☐ В отношении онкологического заболевания (рака), преинвазивного рака (рака in situ) - также результаты гистологического или иммуногистохимического исследования. _____ (количество листов)
- ☐ В отношении инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца: выписной эпикриз/ выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, проведенного обследования (включая ЭКГ, результаты лабораторных исследований кардиоспецифических ферментов крови, Эхо-КГ и др.), лечения. _____ (количество листов)
- ☐ В отношении инсульта, ОНМК, транзиторной ишемической атаки: выписной эпикриз/ выписка из медицинской карты стационарного больного, с подробным описанием развития заболевания, физикального осмотра, неврологического статуса при поступлении в стационар и выписке из стационара, проведенного обследования (включая методы нейровизуализации (КТ, МРТ), лабораторные методы обследования и др.) и лечения, выписка из амбулаторной карты после 6 (шести) недель от даты инсульта с описанием неврологического статуса. _____ (количество листов)
- ☐ В отношении аортокоронарного шунтирования: выписной эпикриз из медицинского учреждения, проводившего аортокоронарное шунтирование, и результаты коронарной ангиографии. _____ (количество листов)
- ☐ В отношении трансплантации жизненно важных органов: медицинское заключение о необходимости проведения операции по трансплантации органов и документально подтвержденное описание хода операции. _____ (количество листов)
- ☐ Копия свидетельства ИНН Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследника Выгодоприобретателя. _____ (количество листов)
- ☐ Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом (либо его заверенная копия). _____ (количество листов)
- ☐ Выписка из амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, копия амбулаторной карты лечебно-профилактического учреждения, где наблюдался Застрахованный, с указанием даты прикрепления к данному лечебному учреждению, диагнозами и датами обращений в лечебно-профилактическое учреждение; выписка из медицинской карты стационарного больного, с указанием даты поступления в стационар и установленных диагнозов; копия медицинской карты стационарного больного. _____ (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.

« ____ » _____ 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