



Заявление на страховую выплату по Договору страхования от несчастных случаев /от несчастных случаев и болезней

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О. / наименование юридического лица										
<input type="checkbox"/> Застрахованное лицо	<input type="checkbox"/> Законный представитель	<input type="checkbox"/> Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> Наследник по закону	дата рождения						
телефон (моб.)			телефон (дом.)			e-mail (обязательно)				
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ		вид документа		серия		номер				
кем выдан						дата выдачи		код подразделения		
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (для почтовой корреспонденции)		индекс (обязательно)		республика, край, округ, область, район			город, поселок, деревня, село			
улица		дом	корпус	квартира	ИНН (для юр. лица)		ГРАЖДАНСТВО		<input type="checkbox"/>	
						РФ <input type="checkbox"/>		иное <input type="checkbox"/>		

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ ПРЕДУСМОТРЕННОГО В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ СОБЫТИЯ

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ №		от						2 0	
<input type="checkbox"/> Индивидуальный	<input type="checkbox"/> Корпоративный	(укажите наименование Страхователя)							
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО						ДАТА РОЖДЕНИЯ			
<input type="checkbox"/> Установление инвалидности ___ группы в результате НС (постоянная утрата общей трудоспособности) <input type="checkbox"/> Установление инвалидности ___ группы в результате ДТП (постоянная утрата общей трудоспособности) <input type="checkbox"/> Установление инвалидности ___ группы в результате НСиБ (постоянная утрата общей трудоспособности) <input type="checkbox"/> Установление впервые инвалидности ___ группы в результате болезни (постоянная утрата общей трудоспособности) <input type="checkbox"/> Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате НС <input type="checkbox"/> Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате профессионального заболевания <input type="checkbox"/> Постоянная утрата профессиональной трудоспособности в результате заболевания <input type="checkbox"/> Диагностирование критического заболевания или проведение хирургической операции (согласно приложению к Договору) <input type="checkbox"/> Диагностирование профессионального заболевания или инфицирование в результате профессиональной деятельности <input type="checkbox"/> Первичное диагностирование инфекционного заболевания <input type="checkbox"/> Экстренная профилактика инфекционных заболеваний вследствие укуса клеща <input type="checkbox"/> Экстренная профилактика бешенства вследствие укуса животного <input type="checkbox"/> Хирургическая операция в результате НС <input type="checkbox"/> Хирургическая операция в результате НСиБ						<input type="checkbox"/> Смерть в результате НС (в т. ч. в результате НС на транспорте) <input type="checkbox"/> Смерть в результате ДТП <input type="checkbox"/> Смерть в результате НСиБ <input type="checkbox"/> Смерть в результате болезни <input type="checkbox"/> Телесные повреждения (травма) в результате НС <input type="checkbox"/> Телесные повреждения (травма) в результате ДТП <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате (временное нарушение здоровья) НС <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате (временное нарушение здоровья) НСиБ <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате болезни <input type="checkbox"/> Временное нарушение здоровья в результате инфицирования <input type="checkbox"/> Госпитализация в результате НС <input type="checkbox"/> Госпитализация в результате НСиБ <input type="checkbox"/> Госпитализация в результате болезни			

НС – НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ, НСиБ – НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ИЛИ БОЛЕЗНЬ

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ, ПРЕДУСМОТРЕННОМ ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ

ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ		2 0							
КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ									
ДИАГНОЗ									
МЕСТО НАСТУПЛЕНИЯ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ЕСЛИ СОБЫТИЕ ПРОИЗОШЛО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ) ИЛИ СМЕРТИ									

ОПИСАНИЕ И ПРИЧИНЫ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (ЕСЛИ СОБЫТИЕ ПРОИЗОШЛО В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ). ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПРОИЗВОЛЬНОЙ ФОРМЕ, НО НЕОБХОДИМО ОТРАЗИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ, ХАРАКТЕР ТРАВМЫ, СТЕПЕНЬ ЕЕ ТЯЖЕСТИ, ДИАГНОЗ И ПРИНЯТЫЕ МЕРЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ															
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА, БОЛЬНИЦЫ), ГДЕ ОКАЗЫВАЛАСЬ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ															
<input type="checkbox"/>	АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ с						2	0	по					2	0
<input type="checkbox"/>	СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ с						2	0	по					2	0
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, ЕГО АДРЕС, ТЕЛЕФОН															

ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ РАНЕЕ СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ПО ДАННОМУ ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ												<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
ЗАСТРАХОВАНЫ ЛИ ВЫ В ДРУГИХ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЯХ												<input type="checkbox"/>	да	<input type="checkbox"/>	нет
<i>Если да – указать наименование страховой компании, вид страхования и страховую сумму</i>															

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ															
РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ															
НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА, ОТДЕЛЕНИЕ БАНКА, ГОРОД															
КОРРЕСПОНДЕНТСКИЙ СЧЕТ															
ИНН БАНКА															
БИК БАНКА															
НОМЕР СЧЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ															

ДАТА

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Подпись заявителя

ЗАЯВИТЕЛЬ							
ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ В ПРИВЕДЕННОМ ЗАЯВЛЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ. С ПРОЦЕДУРОЙ УРЕГУЛИРОВАНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ ОЗНАКОМЛЕН(-А) И СОГЛАСЕН(-А).							
Согласен на обработку Страховщиком сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения Договора страхования, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия Договора страхования и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений – до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве настоящего Согласия.							
Я подтверждаю, что обладаю полномочиями на дачу согласия на обработку персональных данных от имени Застрахованного лица и/или Выгодоприобретателя.							
Настоящим заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или любому учреждению/организации (поликлинике, больнице, госпиталю в т.ч. ведомственным, коммерческой медицинской организации, диспансеру, МСЧ и др., бюро МСЭ, ТФОМС, Министерству здравоохранения соответствующего субъекта РФ и его подведомственным организациям и др.), имеющему информацию о состоянии здоровья (физическом и психическом) и обращениях за медицинской помощью Застрахованного лица, предоставлять ее и документы, ее (информацию) подтверждающие, в случае необходимости штатному сотруднику страховой компании ООО «СК «Согласие» по письменному запросу.							
Это разрешение действительно в течение пяти лет, начиная с даты подачи данного заявления на страховую выплату. Копия этого разрешения в такой же степени действительна, как и ее оригинал.							
Я подтверждаю, что обладаю полномочиями на дачу разрешения на предоставление информации о состоянии здоровья от имени Застрахованного лица. Документы, подтверждающие полномочия (свидетельство о рождении, доверенность и др.), прилагаются.							
ПОДПИСЬ	ДОЛЖНОСТЬ (ДЛЯ ЮР. ЛИЦА)	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА				
						2	0

Нижеуказанные поля заполняются работником ООО «СК «Согласие».

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО							
ПОДПИСЬ	ДОЛЖНОСТЬ	ИНИЦИАЛЫ, ФАМИЛИЯ	ДАТА				
						2	0