

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.

АРХ. № _____

АГЕНТ № _____

я, Ф.И.О. _____	
<input type="checkbox"/> Застрахованным <input type="checkbox"/> Выгодоприобретателем <input type="checkbox"/> Наследником Застрахованного <input type="checkbox"/> Законным представителем	
Застрахованного по договору страхования (полису) _____	серия _____ № _____
прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 3 настоящего Заявления:	

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ все поля обязательны для заполнения		ФАМИЛИЯ _____	
ИМЯ _____		ОТЧЕСТВО _____	
ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.	ГРАЖДАНСТВО _____		
МЕСТО РОЖДЕНИЯ _____			
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ _____	НАИМЕНОВАНИЕ _____	СЕРИЯ _____	НОМЕР _____
КЕМ ВЫДАН _____			
КОГДА _____ г.	КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ _____		
ИНН _____	ТЕЛЕФОН (МОБ) _____		
ТЕЛЕФОН (ДОМ) _____	E-MAIL _____		
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 _____ дата окончания срока пребывания _____			
Адрес регистрации по месту жительства			
ИНДЕКС _____	ОБЛАСТЬ (КРАЙ) _____		
РАЙОН _____	НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД) _____		
УЛИЦА _____	ДОМ _____	КОРПУС _____	КВАРТИРА _____
Адрес фактического проживания <input type="checkbox"/> 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 (ИПДЛ)?			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> 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)?			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> 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):
<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да

2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ ФИО _____
--

3. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (необходимо отметить хотя бы одно событие)
<input type="checkbox"/> Дожитие Застрахованного до установленных договором страхования сроков выплаты пенсии
Дата дожития до установленного договором срока: _____ г.
<input type="checkbox"/> Дожитие Дополнительного Застрахованного до даты смерти Застрахованного и затем до установленных договором страхования сроков выплаты пенсии
Дата дожития до установленного договором срока: _____ г.
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в установленный договором страхования период накопления
Дата смерти: _____ г.
Причина смерти: _____
Место смерти: _____
<input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в гарантированный период выплаты пенсии
Дата смерти: _____ г.
Причина смерти: _____
Место смерти: _____
<input type="checkbox"/> Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I группы) в рамках программы Освобождения от уплаты взносов /если программа включена в договор страхования
Дата установления инвалидности: _____ г.
Группа инвалидности: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input type="checkbox"/> Третья
Причина присвоения группы инвалидности: _____
<input type="checkbox"/> Телесные повреждения
<input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность

<input type="checkbox"/> Госпитализация	
Дата несчастного случая:	_____ г.
Диагноз:	
Период нетрудоспособности: с _____ по _____	
Период стационарного лечения (госпитализации): с _____ по _____	

4. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СОБЫТИЯ (кратко, обязательно для заполнения):	Обстоятельства и описание события:
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, В КОТОРОЕ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ОБРАТИЛСЯ СРАЗУ ПОСЛЕ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ:	
НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, В КОТОРОМ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПРОХОДИЛ ЛЕЧЕНИЕ (В КОТОРОМ БЫЛ НАПРАВЛЕН НА МСЭК):	
Ф. И. О. ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА:	
Если событие наступило в 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	

5. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ СУММЫ НЕОБХОДИМО ПРИЛОЖИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ
(знаком * отмечены обязательные документы для подтверждения страхового случая):

При дожитии Застрахованного, Дополнительного Застрахованного	
<input type="checkbox"/> Копия страхового полиса* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» (документ должен быть заверен после даты наступления события)* _____	(количество листов)
При наступлении смерти Застрахованного	
<input type="checkbox"/> Страховой полис* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о смерти _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия протокола о вскрытии (при наличии) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей) _____	(количество листов)
При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов	
<input type="checkbox"/> Копия страхового полиса* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Нотариально заверенная копия справки об инвалидности* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия листка временной нетрудоспособности (при наличии) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия направления лечебного учреждения на МСЭ* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о ДТП (при наличии) _____	(количество листов)
При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации:	
<input type="checkbox"/> Копия страхового полиса* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма) при наличии* _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Оригинал/копия листка временной нетрудоспособности (при наличии, *обязательно для риска временной нетрудоспособности копия листка временной нетрудоспособности, заверенная работодателем) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____	(количество листов)
<input type="checkbox"/> Копия справки о ДТП (при наличии) _____	(количество листов)
Копия свидетельства ИНН	(количество листов)
Иные документы	(количество листов)
Всего передано документов	(количество листов)

6. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ СРЕДСТВА (обязательно должен быть выбран один из 3-х вариантов порядка выплаты):

<input type="checkbox"/> НАПРАВИТЬ В СЧЕТ УПЛАТЫ СТРАХОВЫХ ВЗНЕСОВ ПО СТРАХОВОМУ ДОГОВОРУ (ПОЛИСУ):		
ПОЛИС (СЕРИЯ, №)	ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА	Ф.И.О. СТРАХОВАТЕЛЯ

<input type="checkbox"/> ПЕРЕВЕСТИ НА СЧЕТ В БАНКЕ СОГЛАСНО СЛЕДУЮЩИМ РЕКВИЗИТАМ (обязательно к заполнению):		
<input type="checkbox"/> на мой личный счет	<input type="checkbox"/> на счет Застрахованного Ребенка	БАНК (название и место расположения)
РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ		БИК
№ СЧЕТА (физ. лица)		

<input type="checkbox"/> ВЫПЛАТИТЬ ПОЧТОВЫМ ПЕРЕВОДОМ ПО СЛЕДУЮЩЕМУ АДРЕСУ (обязательно к заполнению): ИНДЕКС	
	АДРЕС

	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ
ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ АГЕНТОМ (КОНСУЛЬТАНТОМ)	
АГЕНТ №	Ф.И.О.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,

Паспорт серии _____ № _____ Кем выдан _____

настоящим заявлением в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере даю свое согласие ООО «ППФ Страхование жизни» на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Страхователя, Застрахованного (Застрахованных) и Выгодоприобретателя, указанных в настоящем Заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств.

Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст. 14 Закона «О персональных данных».

Также разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным органам, работодателю, имеющим информацию о наступлении страхового события, проведенном лечении, истории заболеваний, диагностированных как в период действия договора страхования, так и до его заключения, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного, предоставлять ее в случае необходимости в ООО «ППФ Страхование жизни».

Понимаю, что без заполнения обязательных полей и без подписи на каждой странице заявления страховая выплата не будет осуществлена.

«_____» _____ 20__ г. _____

подпись

ФИО