

## 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       (ФИО) Наследником Застрахованного       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)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ г.      Гражданство \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность. Наименование \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Когда \_\_\_\_\_ г.      Код подразделения \_\_\_\_\_      ИНН \_\_\_\_\_

Телефон (моб.) \_\_\_\_\_      Телефон (дом.) \_\_\_\_\_      Телефон (раб.) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ г.      Дата окончания срока пребывания \_\_\_\_\_ г.

#### 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 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)

#### 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 ФИО:

\_\_\_\_\_

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

**Дожитие Застрахованного до конца срока страхования**      Дата дожития до установленного договором срока: \_\_\_\_\_

**Смерть Застрахованного в течение срока страхования по любой причине**

Дата смерти: \_\_\_\_\_      Причина смерти: \_\_\_\_\_

Место смерти: \_\_\_\_\_

**Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I 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)

Причина присвоения группы инвалидности: \_\_\_\_\_

**Смертельно опасное заболевание (СОЗ) /если риск указан в страховом полисе/**      Дата постановки диагноза: \_\_\_\_\_

Вид смертельно опасного заболевания: \_\_\_\_\_

**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 шейки матки

рак влагалища или вульвы

**Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая**

**Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая**

**Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая**      Дата несчастного случая: \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Период нетрудоспособности: с : \_\_\_\_\_ по : \_\_\_\_\_

Период стационарного лечения (госпитализации): с : \_\_\_\_\_ по : \_\_\_\_\_

**Хирургические операции Застрахованного в результате несчастного случая**      Дата несчастного случая: \_\_\_\_\_

Вид операции: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.      стр. 1 из 3      Подпись Заявителя \_\_\_\_\_



**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспортсерии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Кемвыдан \_\_\_\_\_

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*