

Заявление на страховую выплату

Заявление на двух листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса/Договора	<input type="text"/>
Заявитель	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>
Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>
Выгодоприобретатель	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>

Данные Получателя выплаты (Выгодоприобретателя или Заявителя)

Получатель выплаты

Дата рождения Место рождения

Место работы/ Наименование организации

Должность/ Описание служебных обязанностей

Паспортные данные

Серия Номер Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

ИНН СНИЛС

Имеющиеся гражданства* Виды на жительство

* Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Адрес регистрации

Индекс Страна Город

Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс Страна Город

Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон мобильный код страны код №

Телефон контактный код страны код №

E-mail

Банковские реквизиты Получателя выплаты

Внимание! Неполные или некорректно указанные банковские реквизиты могут привести к задержке страховой выплаты.

Банк Получателя

ИНН банка

БИК банка

Корр/с банка

Р/с банка
(в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)

Р/с Получателя

Ф. И. О. Получателя
Ф. И. О. Получателя полностью в именительном падеже

Л/с или номер карты Получателя
(обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)
20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт лицевой счет

Дата

(Ф. И. О. Заявителя)

(подпись Заявителя)

Заявление на страховую выплату

Продолжение

Информация о страховом событии

Несчастный случай Заболевание

Дата события

Д Д М М Г Г Г Г

Укажите время, место, описание события, полный диагноз и дату диагностирования

Лечебное учреждение, куда обращались

Ф. И. О. лечащего врача

Отметьте риски, по которым Вы подаете Заявление в соответствии с Договором страхования/ Спецификацией Полиса

(поля не обязательны для заполнения):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Госпитализация с _____ по _____ | <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Перелом | <input type="checkbox"/> Недобровольная потеря работы |
| <input type="checkbox"/> Хирургическая операция / вмешательство | <input type="checkbox"/> Постоянная полная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Мелкая травма | <input type="checkbox"/> Постоянная частичная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Телесное повреждение | <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> I группа <input type="checkbox"/> II группа <input type="checkbox"/> III группа |
| <input type="checkbox"/> Диагностирование или наступление критического заболевания или состояния | <input type="checkbox"/> Смерть |
| <input type="checkbox"/> Ожог | <input type="checkbox"/> Иное _____ |
| <input type="checkbox"/> «Освобождение от уплаты страховых взносов»/ «Защита страхового взноса при страховании ребенка» | |

К данному Заявлению прилагаются документы (в скобках указать форму документа: оригинал/ заверенная копия/ копия):

1	5
2	6
3	7
4	8

- Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении на страховую выплату, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями.
- Я даю свое согласие на то, что АО СК «Совкомбанк Жизнь» (далее также – Страховщик) с целью проверки сведений вправе запрашивать и получать любую информацию и документы о состоянии моего здоровья или здоровья Застрахованного лица в любых медицинских учреждениях (организациях), в т.ч. в лечебно-профилактических учреждениях, фонде социального страхования и других страховых компаниях.
- Настоящим я разрешаю любому медицинскому работнику 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 заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного лица, предоставлять ее в случае необходимости в АО СК «Совкомбанк Жизнь».
- Настоящим я предоставляю АО СК «Совкомбанк Жизнь», расположенному по адресу: 127015, г. Москва, ул. Бутырская, 76, стр. 1, и его партнерам право на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, передачу (в том числе предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья и/или содержащих врачебную тайну, и/или сведений, содержащихся в Договоре страхования, а также данных, содержащихся в документах, предоставляемых мной в связи с наступлением страхового события), необходимых для осуществления Страховщиком страховой деятельности (в том числе, для заключения и дальнейшего исполнения Договора страхования (в том числе, для урегулирования убытков, информировании меня о решениях, принимаемых по моим обращениям, действующих, совершаемых Страховщиком в связи с направленными мной обращениями), перестрахования рисков), а также в целях предоставления мне с помощью средств связи (в том числе по сетям электросвязи (телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте и т. д.)) информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. Информация о партнерах Страховщика (их наименования, адреса и цели обработки персональных данных), которым АО СК «Совкомбанк Жизнь» может передать мои персональные данные в соответствии с настоящим согласием, размещена на официальном сайте АО СК «Совкомбанк Жизнь» по адресу: <http://www.sovcomlife.ru/> и/или может быть мне предоставлена на основании отдельного письменного запроса. Давая согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Настоящее согласие дается на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.
- Настоящим подтверждаю, что я, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не являюсь (-емся) лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемыми указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций, или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.
- Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 № 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом*, должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности Федерального государственного служащего, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или 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, а также их супругом (-ой) и близким родственником. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом». Также я подтверждаю, что не имею Бенефициарных владельцев (физических и юридических лиц, предусмотренных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ) и действую от собственного имени и в своих интересах. В ином случае обязуюсь заполнить «Уведомление о Бенефициарных владельцах».
- Я согласен, что АО СК «Совкомбанк Жизнь» вправе удерживать сумму задолженностей по Договору перед АО СК «Совкомбанк Жизнь» из причитающихся мне страховых выплат.

* Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

(Ф. И. О. Заявителя)

(подпись Заявителя)

Дата

Д Д М М Г Г Г Г