

В Управление по работе с клиентами
ООО «СК «Райффайзен Лайф»

Заявление на страховую выплату

По страховому сертификату № от / / г.я, ф. и. о. ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПОЛ М Ж ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ тип серия номер / / 20 г. дата выдачиСТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА РЕЗИДЕНТ РФ НЕРЕЗИДЕНТ РФ ИНН (TIN) кем выдан, код подразделения для нерезидентов РФГРАЖДАНСТВО США ДА НЕТ НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИК США ДА ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ГРАЖДАН И НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКОВ США* номер соц. страхования (SSN) ID ИНН (TIN)АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВИТЕЛЯ государство регион/населенный пункт адрес, включая почтовый индексКОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ + / / тел. домашний с кодом города и страны / + / / телефон мобильный (с указанием оператора)АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ) государство регион/населенный пункт адрес, включая почтовый индексКОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ + / / тел. домашний с кодом города и страны / + / / телефон мобильный (с указанием оператора)**ЯВЛЯЯСЬ**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Застрахованным лицом | <input type="checkbox"/> Представителем Выгодоприобретателя |
| <input type="checkbox"/> Страхователем | <input type="checkbox"/> Наследником Застрахованного лица |
| <input type="checkbox"/> Представителем Застрахованного лица | <input type="checkbox"/> Наследником Страхователя |
| <input type="checkbox"/> Представителем Страхователя | <input type="checkbox"/> Представителем наследника Застрахованного лица |
| <input type="checkbox"/> Выгодоприобретателем | <input type="checkbox"/> Представителем наследника Страхователя |

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СООТВЕТСТВИИ С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ПРОИЗОШЕДШИМ С ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Инвалидность I группы Застрахованного лица в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> Госпитализация Застрахованного лица по причине несчастного случая или болезни |
| <input type="checkbox"/> Инвалидность I группы Застрахованного лица по другим причинам | <input type="checkbox"/> Диагностирование смертельно-опасного заболевания |
| <input type="checkbox"/> Перелом костей в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая |
| <input type="checkbox"/> Ожоги в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного лица по другим причинам |
| <input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая или болезни | |

ЗАЯВИТЕЛЬ ф. и. о. подпись / / г. дата

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СООТВЕТСТВИИ С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ПРОИЗОШЕДШИМ СО СТРАХОВАТЕЛЕМ

Инвалидность I группы Страхователя

Смерть Страхователя

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. Программа №1»

«РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР ПРЕМИУМ. Программа №2»

«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. Программа №2»

«РАЙФФАЙЗЕН ДОСТОЯНИЕ ПРЕМИУМ»

«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА ПРЕМИУМ. Программа №3»

«РАЙФФАЙЗЕН НАСЛЕДИЕ ПРЕМИУМ»

«РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР ПРЕМИУМ. Программа №1»



Сведения о застрахованном лице (заполняется в случае, если Заявителем является иное лицо)

Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПОЛ М Ж

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ / / г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ + / /
тел. домашний с кодом города и страны телефон мобильный (с указанием оператора)

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ)
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ + / /
тел. домашний с кодом города и страны телефон мобильный (с указанием оператора)



Сведения о страхователе (заполняется в случае, если Заявителем является иное лицо):

Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

ДАТА РОЖДЕНИЯ / / г. МЕСТО РОЖДЕНИЯ ПОЛ М Ж

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ / / г.
тип серия номер дата выдачи

кем выдан, код подразделения

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЯ
государство регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ + / /
тел. домашний с кодом города и страны телефон мобильный (с указанием оператора)

ЗАЯВИТЕЛЬ / / г.
Ф. И. О. подпись дата

АДРЕС ПРЕБЫВАНИЯ
СТРАХОВАТЕЛЯ (В СЛУЧАЕ,
ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА
РЕГИСТРАЦИИ)

тел. домашний с кодом города и страны

телефон мобильный (с указанием оператора)

государство

регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

тел. домашний с кодом города и страны

телефон мобильный (с указанием оператора)



Сведения о страховом случае

ДАТА СЛУЧАЯ

1. ЕСЛИ СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ПРОИЗОШЁЛ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

ДАТА НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

ВРЕМЯ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

ГДЕ ПРОИЗОШЁЛ
НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ?

КАКИМ ОБРАЗОМ ПРОИЗОШЁЛ
НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ?

2. ЕСЛИ СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ПРОИЗОШЁЛ В РЕЗУЛЬТАТЕ БОЛЕЗНИ, ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ

ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ДИАГНОЗ

ДАТА ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

БОЛЕЛО ЛИ ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО ЭТОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕЖДЕ? ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА И КАКИМ БЫЛО ЛЕЧЕНИЕ?

3. Ф.И.О. И АДРЕСА ВРАЧЕЙ, ЛЕЧИВШИХ ПОСЛЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ ИЛИ БОЛЕЗНИ

Застрахованное лицо

Страхователя⁷

Ф.И.О. ВРАЧА

ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ:

наименование и адрес

Ф.И.О. ВРАЧА

ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ:

наименование и адрес



Дополнительные сведения

НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС РАБОДАТЕЛЯ

Застрахованного лица

Страхователя

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ, МЕСТО И АДРЕС РАБОТЫ ИЛИ УЧЕБЫ

Застрахованного лица

Страхователя

ПРЕДЪЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ДАННОМУ СТРАХОВОМУ СЛУЧАЮ К КАКОЙ-ЛИБО ДРУГОЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ?

ЕСЛИ ДА, СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НАЗВАНИЕ, АДРЕС КОМПАНИИ И НОМЕР ПОЛИСА

Да

Нет

ЕСЛИ ТЕЛЕСНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ БЫЛО ПОЛУЧЕНО В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРЕСТУПНОГО НАПАДЕНИЯ, БЫЛО ЛИ ОБ ЭТОМ ЗАЯВЛЕНО В ПОЛИЦИЮ? ЕСЛИ ДА, НАПИШИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, АДРЕС ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИЦИИ И Ф.И.О. ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО

Да

Нет

ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО ВСЯ ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕННАЯ МНОЙ В ЗАЯВЛЕНИИ, ДОСТОВЕРНА И ПОЛНА В СООТВЕТСТВИИ С МОИМИ ЗНАНИЯМИ И УБЕЖДЕНИЯМИ.

НАСТОЯЩИМ ДАЮ СОГЛАСИЕ ООО «СК «РАЙФФАЙЗЕН ЛАЙФ» НА СБОР ЛЮБОЙ ИНФОРМАЦИИ ПО УКАЗАННОМУ В ЗАЯВЛЕНИИ СЛУЧАЮ.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О.

подпись

дата



На основании данного Заявления Страховую выплату прошу произвести по следующим реквизитам

Ф.И.О. ПОЛУЧАТЕЛЯ

*в именительном падеже*НАИМЕНОВАНИЕ
ПОЛУЧАТЕЛЯ БАНКАЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС
БАНКА

БИК

1 2 3 4 5 6 7 8 9

ИНН ПОЛУЧАТЕЛЯ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 11 12 13

РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

КОРСЧЕТ

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20ЛИЧНЫЙ СЧЕТ
ПОЛУЧАТЕЛЯ
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 / НАЗНАЧЕНИЕ
ПЛАТЕЖА

ВЫПЛАТА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

Ф. И. О.

в именительном падеже

Документы, подтверждающие наступление события

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ЛИЧНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ЕГО ОТНОШЕНИЕ К ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ/
СТРАХОВАТЕЛЮ ПРИЛАГАЮ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (нотариально заверенная копия); | <input type="checkbox"/> Протокол правоохранительных органов по факту несчастного случая (копия); |
| <input type="checkbox"/> Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя (нотариально заверенная копия); | <input type="checkbox"/> Справка из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП) (копия); |
| <input type="checkbox"/> Свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного Лица (нотариально заверенная копия) – для законного наследника Застрахованного Лица; | <input type="checkbox"/> Постановление о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела (копия); |
| <input type="checkbox"/> Свидетельство о смерти (нотариально заверенная копия); | <input type="checkbox"/> Справка об инвалидности (копия, заверенная нотариально); |
| <input type="checkbox"/> Справка о смерти (нотариально заверенная копия); | <input type="checkbox"/> Заключение бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности (копия, заверенная нотариально); |
| <input type="checkbox"/> Медицинское свидетельство о смерти (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением); | <input type="checkbox"/> Выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (копия, заверенная выдавшим учреждением); |
| <input type="checkbox"/> Посмертный эпикриз (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением); | <input type="checkbox"/> Медицинское направление на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением); |
| <input type="checkbox"/> Акт судебно-медицинского исследования (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением); | <input type="checkbox"/> Официальные медицинские заключения и (или) выписки из медицинской документации (выписка из истории болезни, эпикриз, медицинская карта) (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением). |
| <input type="checkbox"/> Выписки из истории болезни и выписки из медицинской документации (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением); | |

ИНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

-
-
-
-
-

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф. И. О

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

 / / г.

**Приложение №1***
к Заявлению на страховую выплату

По страховому сертификату №

от

 / г.

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

- предоставляю Страховщику персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе, помимо прочего: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; место жительства (регистрации) и место пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби); семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее – Персональные данные);
- своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) АО «Райффайзенбанк», юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно в течение пяти лет со дня подписания мною настоящего Заявления. Вышеизложенное согласие действует на весь период действия Договора страхования и в течение двадцати лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;
- понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного Заявления об отзыве согласия на обработку, хранение и иное использование персональных данных установленного и утвержденного Страховщиком образца. При этом такой отзыв является основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;
- заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;
- разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии моего здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику;
- подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной.

ЗАЯВИТЕЛЬ*

*Ф. И. О**подпись*

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

 / г.