

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 выдачи

кем выдан, код подразделения

СТАТУС
НАЛОГПЛАТЕЛЬЩИКА

РЕЗИДЕНТ РФ

НЕРЕЗИДЕНТ РФ

ИНН (TIN)

для нерезидентов РФ

ГРАЖДАНСТВО США

ДА

НЕТ

НАЛОГОВЫЙ СТАТУС НАЛОГПЛАТЕЛЬЩИКА США

ДА

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ
ДЛЯ ГРАЖДАН
И НАЛОГПЛАТЕЛЬЩИКОВ США*

номер соц. страхования (SSN)

ID

ИНН (TIN)

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ ЗАЯВИТЕЛЯ

государство

регион/населенный пункт

адрес, включая почтовый индекс

КОНТАКТНЫЕ 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 индекс

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

 + / /

тел. домашний с кодом города и страны

 / + / /

телефон мобильный (с указанием оператора)

ЯВЛЯЯСЬ

Застрахованным лицом

Представителем Выгодоприобретателя

Страхователем

Наследником Застрахованного лица

Представителем Застрахованного лица

Наследником Страхователя

Представителем Страхователя

Представителем наследника Застрахованного лица

Выгодоприобретателем

Представителем наследника Страхователя

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

Инвалидность I группы Застрахованного лица в результате несчастного случая

Инвалидность II группы 3-й степени ограничения способности

Инвалидность I группы Застрахованного лица по другим причинам

к трудовой деятельности по другим причинам

Инвалидность II группы 3-й степени ограничения способности

Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая

к трудовой деятельности в результате несчастного случая

Смерть Застрахованного лица по другим причинам

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. Программа №1»;

«РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР. Программа №1»;

«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА. Программа №2»;

«РАЙФФАЙЗЕН КИНДЕР. Программа №2»;

«РАЙФФАЙЗЕН ПЕРСПЕКТИВА. Программа №3»;

«РАЙФФАЙЗЕН ОПТИМУМ».



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 тип серия номер / / г. 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 тип серия номер / / г. 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 Ф. И. О. подпись / / г. 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?

Да

Нет

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

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 несущественной.

ЗАЯВИТЕЛЬ*

*Ф. И. О**подпись*

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

 / / г.