

## Заявление о страховой выплате

по Договору страхования от несчастных случаев  
(Программа страхования от несчастных случаев №3)



Все графы Заявления должны быть заполнены. Если по смыслу не требуется ответа, в графе ставится прочерк «-»

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

От \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. Заявителя (полностью)

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Дата рождения Заявителя

\_\_\_\_\_,  
Место рождения Заявителя

гражданин: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_,  
Гражданство Заявителя

второе гражданство: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_,  
Второе гражданство Заявителя

по Договору страхования (акцептованной оферте)

№ \_\_\_\_\_,

от \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_,  
Дата заключения договора

Паспортные данные Заявителя:

выдан: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_,  
Серия и номер

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Дата выдачи

\_\_\_\_\_,  
Орган, выдавший документ

зарегистрирована/зарегистрирован:

\_\_\_\_\_,  
Место регистрации (проживания по паспорту)

Я, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. Заявителя (полностью)

**ЯВЛЯЮСЬ:**

- Застрахованным лицом;  
 Законным представителем Застрахованного лица<sup>1</sup>;  
 Законным наследником Застрахованного лица<sup>2</sup>.

Отметьте Ваш статус флажком в соответствующем поле

1. Если заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия.
2. Если Заявление подписано законным наследником Застрахованного лица, к Заявлению должно прилагаться Свидетельство о праве на наследство согласно законодательству Российской Федерации (нотариально заверенная копия).

\_\_\_\_\_  
Фамилия И.О. Заявителя

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

прошу произвести и страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования и Полисных условий программы страхования от несчастных случаев №3 в связи с наступлением у застрахованного лица страхового случая, подтвержденного врачебным заключением:

- Постоянная полная утрата трудоспособности Застрахованным лицом
    - а) в результате несчастного случая согласно Таблицам размеров страховых выплат
    - б) в результате ДТП согласно Таблицам размеров страховых выплат
- Телесные повреждения Застрахованного лица
    - а) в результате несчастного случая согласно Таблицам размеров страховых выплат
    - б) в результате ДТП, предусмотренные Таблицами размеров страховых выплат

Отметьте наступившее событие флажком в соответствующем поле

## Сведения о Застрахованном лице



Заполняется в случае, если Заявитель не является Застрахованным лицом

ФИО Застрахованного лица (полностью):	
Дата рождения Застрахованного лица:	____. _____. ____ года.
Гражданство Застрахованного лица	
Второе гражданство Застрахованного лица (если применимо)	
Адрес регистрации Застрахованного лица:	Государство: Регион/населенный пункт: Адрес, включая почтовый индекс:  Контакты (тел./e-mail):
Место пребывания Застрахованного лица (если отличается от адреса регистрации):	Государство: Регион/населенный пункт: Адрес, включая почтовый индекс:  Контакты (тел./e-mail):
Данные документа, удостоверяющие личность Застрахованного лица:	Вид документа: Серия и номер: Сведения о документе (когда и кем выдан):

## Сведения о страховом случае

Дата наступления случая:	_____ . _____ . _____		
<b>Описание случая:</b>			
<b>1. Если страховой случай произошёл в результате несчастного случая:</b>			
1.1. Дата несчастного случая:	_____ . _____ . _____	Время несчастного случая:	_____ : _____
1.2. Место, где произошёл несчастный случай:			
Адрес (улица, номер дома и место, учреждение):			
Населенный пункт:			
Регион, государство:			
Описание того, каким образом произошёл несчастный случай:			
.....			

## Дополнительные сведения

<b>2. Занятость Застрахованного лица:</b>	
<input type="checkbox"/> работает; <input type="checkbox"/> не работает; указать дату прекращения работы: _____ . _____ . _____	
<b>3. Наименование и адрес работодателя/учебного учреждения Застрахованного лица:</b>	
Наименование организации:	
Адрес:	
<b>4. Должностные обязанности Застрахованного лица:</b>	
.....	
<b>5. Как долго Застрахованное лицо было полностью или частично нетрудоспособно и не могло выполнять должностные обязанности? (если применимо)</b>	
Период с: _____ . _____ . _____ по: _____ . _____ . _____	
Примечание:	
.....	

6. Предъявляется ли Заявление по данному Страховому случаю к какой-либо другой страховой компании?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, сообщите, пожалуйста, название, адрес Компании и номер полиса: Наименование Компании:  Адрес:  Номер полиса:
7. Если телесное повреждение было получено в результате преступного нападения, было ли об этом заявлено в полицию? (если применимо)
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, напишите, пожалуйста, адрес отделения полиции и Ф.И.О. должностного лица, ведущего дело: Отделение полиции (адрес, тел.):  ФИО и должность лица, ведущего дело:

#### Декларация Заявителя

Я предоставляю ООО «СК «Райффайзен Лайф» персональные данные и иную информацию обо мне и Выгодоприобретателе, 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 (в случае, если они не представляют государственную, служебную или коммерческую тайну); сведения о состоянии здоровья, увлечениях (хобби); семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем заявлении и иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования (далее - Персональные данные).

Я своей волей и в своем интересе даю согласие ООО «СК «Райффайзен Лайф» на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации о себе, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных и иной информации, сообщённой Страхователем или его представителем ООО «СК «Райффайзен Лайф» в целях заключения, исполнения или расторжения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учета Договора страхования в базах данных ООО «СК «Райффайзен Лайф» и получения мной информации о продуктах и услугах ООО «СК «Райффайзен Лайф» (далее - "Цели обработки").

ООО «СК «Райффайзен Лайф» вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах ООО «СК «Райффайзен Лайф», страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам ООО «СК «Райффайзен Лайф» и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит ООО «СК «Райффайзен Лайф», юридическим и финансовым консультантам, аудиторам ООО «СК «Райффайзен Лайф», 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.

Я согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных действительно в течение 25 лет со дня подписания мною настоящего заявления.

Подтверждаю, что я ознакомлен с установленным законодательством порядком отзыва согласия на обработку персональных данных путем направления письменного заявления по месту нахождения ООО «СК «Райффайзен Лайф».

Я разрешаю любому врачу или лечебному учреждению, имеющим какую-либо информацию о состоянии Застрахованного лица, сообщать эту информацию ООО «СК «Райффайзен Лайф».

Я подтверждаю, что я/Выгодоприобретатель не являюсь/не является иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородным и неполнородным (имеющим общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) и не действует от имени указанных лиц.

Я подтверждаю, что я/Выгодоприобретатель не являюсь/не является должностным лицом публичных международных организаций, а также 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; Я согласен (согласна) с тем, что ООО «СК «Райффайзен Лайф» вправе при подписании страховой документов, подписываемых ООО «СК «Райффайзен Лайф» в связи с заключением и/или исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица ООО «СК «Райффайзен Лайф» с помощью средств механического или иного копирования.

Я подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной в настоящем заявлении, являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по его мнению, может являться несущественной.

Полисными условиями программы страхования от несчастных случаев №3, утв. Приказом Генерального директора Страховщика № 06-06/2016 от 18 июля 2016 года ознакомлен и полностью согласен.



Ниже отметьте флажком «» приложенные к настоящему Заявлению документы

**К Заявлению о страховой выплате приложены следующие документы:**

- оригинал Страхового сертификата (Оферты), подписанный Страхователем и Застрахованным лицом;
- копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;
- копия паспорта и иного документа, удостоверяющего личность и подтверждающего права Законного представителя Застрахованного лица;
- свидетельство о праве на наследство, выданное нотариусом в связи со смертью Застрахованного лица (копия, заверенная нотариально) - для законного наследника Застрахованного лица;
- официальное свидетельство о смерти (копия, заверенная нотариально) - для законного наследника Застрахованного лица;
- справка о смерти (копия, заверенная нотариально) - для законного наследника Застрахованного лица;
- официальные медицинские заключения, описывающие характер и степень всех повреждений и содержащие точный диагноз (нужное подчеркнуть): выписка из истории болезни, выписка или копия амбулаторной карты, эпикриз (оригиналы либо копии, заверенные выдавшим учреждением);
- копия протокола правоохранительных органов по факту Несчастного случая (в предусмотренных законом случаях), копия справки из ГИБДД (если наступление страхового случая произошло в результате ДТП);
- детальное описание обстоятельств Несчастного случая или иных причин наступления смерти; имена, адреса (телефоны, иной способ связи) любых возможных свидетелей – в приложении к заявлению о Страховой выплате;
  
- копия постановления о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела, заверенная в установленном законом порядке (если применимо);
- нотариально заверенная копия Справки об инвалидности и (или) нотариально заверенная копия заключения бюро медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности;

- выписка из акта освидетельствования бюро медико-социальной экспертизы о результатах обследования и установлении группы инвалидности (оригинал либо копия, заверенная выдавшим учреждением);
- медицинское направление на проведение медико-социальной экспертизы (копия, заверенная выдавшим учреждением);
- индивидуальная программа реабилитации инвалида, выданная Бюро МСЭ (оригинал или его заверенная копия);
- результаты рентгенографического обследования (снимки с описанием, заключение);
- копии больничных листов (в случае их оформления);
- свидетельство о рождении ребенка Страхователя (если страховой случай произошел с ребенком/детьми Страхователя);
- свидетельство о заключении брака (если страховой случай произошел с супругом/супругой Страхователя)


Помимо этого, к Заявлению о страховой выплате прикладываются следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

На основании данного Заявления прошу Вас осуществить страховую выплату Выгодоприобретателю

Ф.И.О.		ИНН при наличии	
Дата рождения		Место рождения	Пол М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
Документ, удостоверяющий личность:	Тип	Серия	№
Кем выдан		Код подразделения	Дата выдачи
Гражданство			
Второе гражданство			
Налоговый резидент в			
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ: Тип			
Серия	№	Кем выдан	
Дата выдачи	Дата окончания срока действия права пребывания (проживания)	Дата начала срока действия права пребывания (проживания)	
Миграционная карта:	Серия	№	
Дата выдачи	Дата начала срока пребывания (проживания)	Дата окончания срока пребывания (проживания)	
Адрес электронной почты	Телефон домашний	Телефон мобильный	
Место жительства (регистрации)			
Место пребывания			

Почтовый индекс, страна, адрес

 Если Заявление подписано лицом, действующим на основании доверенности, к Заявлению должна прилагаться доверенность или ее нотариально заверенная копия

### Способ получения страховой выплаты

Банковским переводом на счет со следующими реквизитами:

Ф.И.О. получателя																							
	Ф. И. О. в именительном падеже																						
Наименование банка получателя																							
Юридический адрес банка																							
БИК	9 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9													
Расчетный счет	20 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Кор. счет	20 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Лицевой счет получателя	20 или 22 знака	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
ИНН получателя	12 знаков	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
Назначение платежа	Выплата по договору Страхования																						
	Ф. И. О. в именительном падеже																						

Документы, подтверждающие наступление страхового события, прилагаются.



Ниже ФИО указать полностью

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Дата заполнения Заявления