

Наименование организации и адрес,
по которому должно быть отправлено Заявление:

ООО «СК «Райффайзен Лайф»
115230, г. Москва, 1-ый Нагатинский пр-д, дом 10, стр. 1
тел: +7 (495) 225-23-48, 8 (800) 505-71-21 (для звонков по России)



**Райффайзен
ЛАЙФ**

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ¹ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ
по Договору добровольного медицинского страхования
на случай наступления Смертельно опасных заболеваний**
№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
Программа страхования: Стандарт здоровья Премиум

Уважаемый клиент! Для быстрого оформления страховой выплаты мы просим Вас о следующем:

- пожалуйста внимательно прочитайте и заполните настоящее Заявление;
- желательно, чтобы все медицинские документы, прилагаемые к настоящему Заявлению, были составлены на английском или русском языке и содержали арабские цифры;
- сохраняйте все копии прилагаемых документов;
- заполните настоящее Заявление печатными заглавными буквами и передайте оригинал заявления, а также имеющиеся у Вас медицинские документы по адресу, указанному вверху настоящей страницы.

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Ф.И.О. / прежние Ф.И.О. (если применимо):	<input type="text"/>				
Фамилия и имя латиницей:	<input type="text"/>				
Место рождения:	<input type="text"/>	Дата рождения:	<input type="text"/>		
Пол: мужской <input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/>					
Документ, удостоверяющий личность:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	тип	серия	номер	дата выдачи	код подразделения
	<input type="text"/>				
	кем выдан				
Гражданство:	<input type="text"/>	Второе гражданство:	<input type="text"/>		
Налоговый резидент в:	<input type="text"/>	ИНН:	<input type="text"/>		
Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	тип	серия	номер	дата выдачи	
	<input type="text"/>				
	кем выдан				
Миграционная карта:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	серия	номер	дата выдачи	дата начала срока пребывания	дата окончания срока пребывания
Контактные данные:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	телефон домашний	телефон мобильный 1	телефон мобильный 2	адрес электронной почты	
Место жительства (регистрации):	<input type="text"/>				
	почтовый индекс, страна, адрес				
Место пребывания:	<input type="text"/>				
	почтовый индекс, страна, адрес				

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	Ф.И.О. латиницей				
Почтовый адрес Застрахованного лица:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	индекс	государство	область	город	улица дом кв-ра
Данные документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	документ	серия	номер	дата выдачи	
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	кем выдан				дата рождения

Заявитель: « ____ » _____ 20 ____ г. _____
Ф.И.О. _____ подпись _____

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

СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗОШЕДШЕМ СТРАХОВОМ СОБЫТИИ

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Терминальная почечная недостаточность | <input type="checkbox"/> Паралич | <input type="checkbox"/> ВИЧ-инфицирование вследствие переливания крови |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера | <input type="checkbox"/> Молниеносный вирусный гепатит | <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз |
| <input type="checkbox"/> Потеря зрения | <input type="checkbox"/> Потеря слуха | <input type="checkbox"/> Энцефалит |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Паркинсона | <input type="checkbox"/> Обширные ожоги | <input type="checkbox"/> Онкологическое заболевание в начальных стадиях |
| <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия Дюшенна или Беккера | <input type="checkbox"/> Бактериальный менингит | <input type="checkbox"/> Системные поражения соединительной ткани |
| <input type="checkbox"/> Полиомиелит | <input type="checkbox"/> Болезнь мотонейронов | |
| <input type="checkbox"/> Компенсация произведенных Застрахованным лицом расходов на Стационарное лечение | | |

Дата наступления страхового события: « ____ » _____ 20 ____ г.

Описание (диагноз) и обстоятельства страхового события (заполняется в произвольной форме):

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ф.И.О. получателя (Выгодоприобретателя) в именительном падеже		ИНН получателя (Выгодоприобретателя)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
наименование банка получателя (Выгодоприобретателя)	юридический адрес банка	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
БИК банка	ИНН банка	КПП банка
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
расчетный счет	корреспондентский счет	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Лицевой счет получателя (Выгодоприобретателя)	<input type="text"/>	/ <input type="text"/>
Назначение платежа: ВЫПЛАТА ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	номер Договора страхования	Ф.И.О. Застрахованного лица в именительном падеже

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Подписывая настоящее Заявление я:

— предоставляю Страховщику (ООО «СК «Райффайзен Лайф» 115230, г. Москва, 1-й Нагатинский пр-д, д. 10, стр. 1) и Сервисному центру Страховщика, а именно ООО «Медлэйбл» (AP Companies – рег. номер товарного знака 0422208), либо иному лицу, выполняющему функции Сервисного центра Страховщика 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; семейном, социальном и имущественном положении (а также, если я являюсь Застрахованным лицом: место работы, должность, профессию, служебные обязанности; сведения о состоянии здоровья (включая сведения, составляющие врачебную тайну), увлечениях (хобби)), содержащиеся в настоящем Заявлении и иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с исполнением Договора страхования (далее - Персональные данные);

— своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику и его Сервисному центру на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне (в том числе сведений о состоянии моего здоровья), 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 исполнения Договора страхования, осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев, учёта в базах данных Страховщика и получения мной информации о продуктах и услугах Страховщика (далее - «Цели обработки»). Согласен, что Страховщик вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения составляющие врачебную тайну) ЗАО «Райффайзенбанк» (129090, Москва, ул. Троицкая, д. 17, строение 1), юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, страховым агентам, страховым брокерам, перестраховочным организациям, Сервисным центрам, 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 о состоянии моего здоровья) действительно в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения всех обязательств сторон по Договору страхования. Я подтверждаю, что мне сообщено о порядке отзыва согласия на обработку моих Персональных данных путем направления письменного заявления по месту нахождения Страховщика;

— 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;

— заявляю, что согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с 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 здоровья Застрахованного лица (включая сведения составляющие врачебную тайну), сообщать эту информацию Страховщику и Сервисному центру Страховщика;

— подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах, заполняемых и подписываемых мною или от моего имени в целях исполнения Договора страхования, являются правдивыми, соответствующими действительности и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной.

С условиями Договора страхования (включая условия признания страхового события Страховым случаем и условия осуществления Страховой выплаты), ознакомлен(а) и согласен (согласна).

Заявитель: « ____ » _____ 20 ____ г. _____

Ф.И.О.

подпись

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Документы, подтверждающие наступление Страхового случая, личность Заявителя и его отношение к Застрахованному лицу / Страхователю прилагаю:

Копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица.

Заверенные копии или оригиналы счетов и документов из медицинских учреждений и иных организаций:

1.
2.
3.
4.
5.

Иные документы:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Заявитель: _____

Ф.И.О.

подпись

Дата заполнения Заявления на страховую выплату:

« ____ » _____ 20__ г.