

Заявление о страховой выплате (универсальное)

Дата приёма заявления « ___ » _____ 20__ г.

Номер _____

Все поля являются обязательными для заполнения.**В случае отсутствия данных (например, отчества) в соответствующем поле проставляется прочерк.****Данные Договора страхования:**Страховой полис/Договор №

Срок действия Договора: с « ___ » _____ 20__ г. по « ___ » _____ 20__ г.

Страхователь:

заполняется только по коллективным договорам, заключенным от имени юридических лиц

Данные Застрахованного лица:Фамилия Имя Отчество Дата рождения г.**Данные Заявителя:**

Внимание! Данный раздел заполняется сведениями о Заявителе, являющемся Застрахованным лицом, Наследником, Выгодоприобретателем, Законным представителем лица, не достигшего 14-ти летнего возраста, при этом проставляется отметка «√» рядом с типом Заявителя. Если заявление подается через Представителя по доверенности, обязательно проставляется соответствующая отметка рядом с типом Заявителя «Представитель по доверенности», а сведения о Представителе в обязательном порядке указываются в «Анкете физического лица – представителя, бенефициарного владельца».

 Застрахованное лицо Наследник Выгодоприобретатель Законный представитель (кроме Представителя по доверенности) Представитель по доверенностиФамилия Имя Отчество Дата рождения г.**Место рождения**

Страна _____ Субъект _____

только для РФ: республика, область, край

Район _____ Населенный пункт _____

район республики / области / края (если имеется)

Гражданство _____

наименование страны

В случае гражданства иного, чем РФ или отсутствия гражданства необходимо заполнить раздел 1 «Анкеты для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам» к данному заявлению

Мобильный телефон:

8- Адрес электронной почты (e-mail): Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты**Документ, удостоверяющий личность:**

Вид документа _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи ____ / ____ / 20__ г. Код подразделения _____

Выдан _____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес регистрации:

индекс

Страна _____

Субъект _____

только для РФ: республика, область, край

Район _____

район республики / области / края (если имеется)

Населенный пункт _____

Улица _____ Дом _____ Корпус (строение) _____ Квартира _____

Документы, представленные Заявителем

	Обязательные документы независимо от типа заявленных требований (пункты 1-6)	Обязательный документ	Предоставлен
1.	Договор страхования (Полис, страховой сертификат, памятка)	Да	<input type="checkbox"/>
2.	Документ, удостоверяющий личность Заявителя (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)	Да	<input type="checkbox"/>
3.	Документ, удостоверяющий личность Получателя выплаты, если отличается от Заявителя (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)	Да	<input type="checkbox"/>
3.1	Документ, удостоверяющий личность представителя, в случае подачи заявления через представителя	Да	<input type="checkbox"/>
4.	Доверенность с правом подачи заявления о событии, в случае подачи заявления через представителя	Да	<input type="checkbox"/>
5.	Банковские реквизиты Получателя выплаты	Да	<input type="checkbox"/>
6.	Медицинские документы, характеризующие заявленное событие: при амбулаторном лечении – выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения); при стационарном лечении – выписной эпикриз по стационарному лечению из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения)/выписка из истории болезни	Да	<input type="checkbox"/>
Обязательные документы при наступлении смерти (пункты 7-11)			
7.	Свидетельство о смерти из ЗАГС	Да	<input type="checkbox"/>
8.	Документы с указанием причины смерти: медицинское свидетельство о смерти, иные документы в соответствии с законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
9.	Если вскрытие производилось: протокол патологоанатомического исследования/акт вскрытия трупа	Да	<input type="checkbox"/>
10.	Если обстоятельства события, послужившего причиной смерти, подлежат расследованию в соответствии с законодательством РФ: Постановление (Определение) следственных органов, Решение / Определение / Приговор суда	Да	<input type="checkbox"/>
11.	Протокол и заключение судебно-медицинской экспертизы с результатами химико-токсикологического исследования (если проводилось)	Да	<input type="checkbox"/>
Обязательные документы при установлении инвалидности (12-14)			
12.	Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
13.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении группы (категории) инвалидности по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
14.	Протокол проведения медико-социальной экспертизы по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
Обязательные документы при заболеваниях и их последствиях (15-20)			
15.	Результаты проведенных исследований (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ), микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томограммы (КТ)), подтверждающие диагноз "заболевание"	Да	<input type="checkbox"/>
16.	Заключения специалистов по итогам проведенных исследований, подтверждающие диагноз "заболевание"	Да	<input type="checkbox"/>
17.	При онкологическом заболевании: извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	Да	<input type="checkbox"/>
18.	При смертельно-опасном заболевании: заключение специалиста в области медицины: кардиолога, кардиохирурга, невропатолога, нефролога, онколога и т.п.	Да	<input type="checkbox"/>
19.	При утрате профессиональной трудоспособности: Акт о случае профессионального заболевания по форме, предусмотренной законодательством РФ	Нет	<input type="checkbox"/>
20.	При временной нетрудоспособности: листы нетрудоспособности за все периоды нетрудоспособности, заверенные работодателем/иной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность в соответствии с законодательством РФ	Нет	<input type="checkbox"/>
Обязательные документы при телесных повреждениях и их последствиях (21-26)			
21.	Результаты проведенных исследований (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ), микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томограммы (КТ)), подтверждающие диагноз "телесные повреждения"	Да	<input type="checkbox"/>
22.	При костных повреждениях (вывихи, переломы и т.д.): рентгеновские снимки до лечения и в конце лечения*	Да	<input type="checkbox"/>
23.	При костных повреждениях (вывихи, переломы и т.д.): заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии	Да	<input type="checkbox"/>
24.	При временной нетрудоспособности: листы нетрудоспособности за все периоды нетрудоспособности, заверенные работодателем/иной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность в соответствии с законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
25.	Если несчастный случай произошел при исполнении служебных обязанностей: Акт о несчастном случае на производстве, заверенный работодателем по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
26.	Если несчастный случай произошел при соревнованиях и тренировке: Акт о спортивной травме / Протокол соревнований	Да	<input type="checkbox"/>
Обязательные документы при ДТП (27-31)			
27.	Справка о ДТП по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
28.	Приложение к справке о ДТП о наличии Пострадавших по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	<input type="checkbox"/>
29.	Если Застрахованное лицо являлось водителем: водительское удостоверение / иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категорией транспортного средства	Да	<input type="checkbox"/>
30.	Если Застрахованное лицо являлось водителем: Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения / Акт медицинского освидетельствования / Заключение (Акт) судебно-медицинской экспертизы (исследования)	Да	<input type="checkbox"/>
31.	Материалы расследования правоохранительными органами по административному (уголовному) делу/производству: Протокол / Постановление / Определение по административному правонарушению, Постановление / Приговор / Решение суда по уголовному делу	Да	<input type="checkbox"/>
К заявлению дополнительно прилагаю следующие документы:			
32.			
33.			
34.			
35.			

* Рентгеновские снимки принимаются только в виде оригиналов и выдаются по запросу после принятия решения по заявлению.

Я, Заявитель, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.