

ЗАЯВЛЕНИЕ на получение страхового обеспечения по добровольному страхованию от несчастных случаев / несчастных случаев и болезней

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Я, , являюсь Ф.И.О.

Застрахованным
 Выгодоприобретателем
 Наследником по закону
 Законным представителем

Дата рождения . .
 Паспортные данные:

серия номер

кем выдан дата выдачи код подразделения

Адрес места жительства:

индекс республика, край, округ, область, район город, поселок, деревня, село

улица дом корпус квартира телефон e-mail

ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ МНЕ СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ ПРЕДУСМОТРЕННОГО В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ СОБЫТИЯ

Договор страхования № от . .

Смерть Застрахованного
 Травма
 Постоянная утрата трудоспособности (инвалидность)

Временная утрата трудоспособности*
 Первичное диагностирование критического заболевания

Госпитализация**
 Хирургическая операция

СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ

Ф.И.О.

Дата рождения . .
 Паспортные данные:

серия номер

кем выдан дата выдачи код подразделения

Адрес места жительства:

индекс республика, край, округ, область, район город, поселок, деревня, село

улица дом корпус квартира телефон e-mail

Место работы и должность

Дата события . .
 Время события :
 Причина события

1	Несчастный случай – ДТП	6	Несчастный случай – спорт	9	Болезнь – неврология (нарушение кровообращения головного мозга)	13	Несчастный случай – дорога – работа/дом
2	Несчастный случай – другое	7	Болезнь – онкология (рак)	10	Болезнь – заболевания опорно-двигательного аппарата	14	Болезнь – коронавирус
4	Несчастный случай – производство	8	Болезнь – кардиология (заболевания сердца)	11	Болезнь – иное	16	Террористический акт
5	Несчастный случай – быт					17	Несчастный случай – противоправные действия

* Примечание 1: При наличии временной франшизы заявление может быть подано при сроке нетрудоспособности, превышающем срок временной франшизы. Заявление подается по окончании всего периода нетрудоспособности (при наличии отметки «к труду»).

** Примечание 2: При наличии временной франшизы заявление может быть подано при сроке госпитализации, превышающем срок временной франшизы.

/ / . . .

подпись Ф.И.О. дата оформления

Вид спорта (если причина события – несчастный случай – спорт (б))

Место события

страна и адрес

Обстоятельства события (заполняется в произвольной форме. Необходимо отразить информацию где, когда и при каких обстоятельствах произошло событие):

Диагноз (окончательный)

Название медицинского учреждения, установившего окончательный диагноз

Лист временной нетрудоспособности

с . .

по . .

Амбулаторное лечение

с . .

по . .

Стационарное лечение

с . .

по . .

Установленная группа инвалидности (при обращении по риску «Инвалидность»)

ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

через кассу Страховщика

перечислением на банковский счет по следующим реквизитам:

Наименование банка

ИНН банка

БИК банка

Корр. счет

Лицевой счет получателя

Ф.И.О. получателя

подпись

Ф.И.О.

дата оформления

Я,

Дата рождения . .

Паспортные данные:

серия

номер

кем выдан

дата выдачи

код подразделения

Адрес места жительства:

индекс

республика, край, округ, область, район

город, поселок, деревня, село

улица

дом

корпус

квартира

телефон

e-mail

даю согласие Страховому акционерному обществу «РЕСО-Гарантия» (именуемому в дальнейшем Страховщик), местонахождение: Российская Федерация, 117105, г. Москва, Нагорный проезд, дом 6, строение 9, этаж 3, комната 1, в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях осуществления страхования от несчастных случаев/несчастных случаев и болезней, в том числе урегулирования убытков по Договору страхования, а также:

с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

Мои ПД, в том числе специальные ПД, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, т.е. обрабатывать как без использования средств автоматизации, так и с применением таких средств.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего заявления и действует в течение действия Договора страхования, а также в течение 5 лет после прекращения его действия. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. В случае, если действующим законодательством РФ в отдельных случаях установлен иной порядок отзыва согласия, применению подлежит порядок, определенный действующим законодательством РФ.

На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту информацию в страховую компанию САО «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

/

/

подпись

Ф.И.О.

дата оформления

ПРЕДСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАСТУПЛЕНИЕ СОБЫТИЯ

№ п/п	Наименование документа

Примечание

/

подпись

Ф.И.О.

. .

дата оформления