

**Заявление  
на страховую выплату**Я, 

(ФИО полностью)

Дата рождения  /  /  г. ИНН: 

(при наличии)

Адрес: Индекс  Страна Область/Край Город/Населенный пункт Улица Дом  Корпус  Квартира Паспорт: серия  номер  Дата выдачи  /  /  г.

(кем выдан)

Моб. телефон: (  )  Дом. телефон: (  ) E-mail: Являюсь 

(Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем/Наследником по закону/Представителем по доверенности/Родителем/Усыновителем)

по Договору страхования № от  /  /  г.

прошу рассмотреть настоящее заявление и прилагающиеся к нему документы, признать произошедшее событие страховым случаем и произвести мне страховую выплату в связи с нижеследующим:

**Недобровольная потеря работы Застрахованным лицом и получение в связи с указанным событием статуса безработного** 

В случае признания произошедшего события страховым случаем по риску «Недобровольная потеря работы» возместить расходы по услуге «помощь в поиске работы» непосредственно организации, оказывающей данную услугу.

**Сведения о Застрахованном Лице:**ФИО: Дата рождения  /  /  г. Место рождения 

(город/населенный пункт)

Паспорт: серия  номер  Дата выдачи  /  /  г.

(кем выдан)

**Адрес регистрации:**Индекс  Страна Область/Край Город/Населенный пункт Улица Дом  Корпус  Квартира 

**Сведения о произошедшем событии**

Дата наступления страхового события:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Описание фактов, обстоятельств и причин наступления события**

(Заполняется в произвольной форме. Необходимо указать: последовательность наступивших событий, их характер, обстоятельства, причины наступления, степень тяжести, выставленные диагнозы).

---

---

---

---

---

---

---

**Документы, подтверждающие наступление события**

Независимо от вида события к настоящему Заявлению прилагаются:

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Копия Договора страхования ООО «СК КАРДИФ»
- Если заявителем является лицо по доверенности – оригинал либо надлежаще удостоверенная копия доверенности
- В случае если Заявителем является законный наследник Застрахованного (Выгодоприобретателя) - свидетельство о праве на наследство, выданное уполномоченным нотариусом
- Если Заявитель и Выгодоприобретатель – разные лица, копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя

**В случае Недобровольной потери работы Застрахованным лицом:**

---

---

---

**Иные документы:**

---

---

---

---



Я заявляю, что сведения, сообщенные мной Страховщику в данном Заявлении, являются полными, правдивыми и точными, не упущены и не скрыты факты, касающиеся наступления заявленного события. Я знаю, что сообщение заведомо ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, либо вопросам, заданным мне в отдельном письменном запросе Страховщиком, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании заявленного события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты. Я также обязуюсь предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для признания произошедшего события страховым случаем. Я согласен с тем, что в случае моего отказа предоставить запрошенные документы, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования. Я разрешаю Страховщику собирать любую информацию, касательно обстоятельств заявленного мной события.

Настоящим выражаю свое согласие на получение ООО «СК КАРДИФ» (юр. адрес: 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, д. 2, корп. 1) в целях исполнения договора страхования и перестрахования: любой медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого я либо Застрахованное лицо когда-либо консультировался и/или проходили лечение, а также будем обращаться в последующем; от страховых медицинских компаний, работающих в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, от федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, организаций медико-социальной экспертизы, на получение необходимой информации в правоохранительных, медицинских и других органах (учреждениях), для проверки предоставленной информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления любого, произошедшего со мной либо Застрахованным лицом события; на получение любой информации от страховых компаний, к которым я либо Застрахованное лицо обращался(ась) на страхование.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку всех содержащихся в настоящем заявлении и прилагающихся к нему документах персональных данных ООО «СК КАРДИФ» (юр. адрес: 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, д. 2, корп. 1) в целях исполнения Договора страхования и перестрахования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам, трансграничную передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Данные согласия даны на срок 3 года с момента подписания настоящего заявления и могут быть отозваны путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора ООО «СК КАРДИФ».

Дата  /  /  г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя (Фамилия, инициалы)

Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством работы/ обслуживания

ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на следующий адрес электронной почты (e-mail адрес):

и/или через направление sms-сообщения (смс-сообщения)

на следующий номер телефона:  ()

\_\_\_\_\_ Дата  /  /  г.

Подпись Страховщика

