

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

по Договору страхования №  от

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

Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>
Смерть Застрахованного лица в результате болезни	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) или 2-ой (второй) группы в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) или 2-ой (второй) группы в результате болезни	<input type="checkbox"/>
Недобровольная потеря работы/потеря работы Застрахованным лицом и получение в связи с указанным событием статуса безработного	<input type="checkbox"/>
Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>
Травматическое повреждение Застрахованного лица в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>

2. В случае признания произошедшего события страховым случаем по рискам «Недобровольная потеря работы» либо «Потеря работы» прошу 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.

**Адрес регистрации:**

Индекс  Страна   
 Область/Край   
 Город/Населенный пункт   
 Улица   
 Дом  Корпус  Квартира



**Сведения о произошедшем событии «Недобровольная потеря работы»**

Дата наступления страхового события:  /  /  г.

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

(заполняется в произвольной форме. Необходимо указать: последовательность наступивших событий, их характер, обстоятельства, причины наступления).

Я,  (ФИО полностью)

заявляю о том, что я недобровольно потерял работу по инициативе своего работодателя по следующим обстоятельствам:

---

---

---

---

---

**Сведения о произошедшем событии (другие риски, кроме «Недобровольной потери работы»)**

Дата наступления страхового события:  /  /  г.

**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. В случае смерти - указать посмертный диагноз).

---

---

---

---

---

Название и адрес медицинского учреждения, где оказывалась медицинская помощь (травматологический пункт, больница, поликлиника):

---

---

---

---

**Документы, подтверждающие наступление события**

*Независимо от вида события к настоящему Заявлению прилагаются:*

- Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя,
- Копия Договора страхования,
- 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.

**Дополнительно предоставляются**

**В случае смерти Застрахованного Лица:**

---

---

---

---

**В случае установления инвалидности Застрахованному Лицу:**

---

---

---

---



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



---

---

---

***В случае Травматического повреждения Застрахованного лица:***

---

---

---

***В случае госпитализации Застрахованного лица:***

---

---

---

***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 страхового 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.

На основании положений Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешаю любым медицинским и иным учреждениям, в том числе страховым медицинским компаниям, работающим в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, федеральному и территориальным фондам обязательного медицинского страхования, организациям медико-социальной экспертизы предоставлять информацию о состоянии моего здоровья или здоровья Застрахованного лица, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных любых сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении (в том числе составляющих врачебную тайну), а также предоставление соответствующих любых копий документов, по запросу ООО «СК КАРДИФ».

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 (sms-сообщения)

на следующий номер телефона:  ()

\_\_\_\_\_ Дата  /  /  г.  
**Подпись Страховщика**

