

## Заявление о наступлении страхового события с Застрахованным лицом

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  /  /  г.

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"/>
Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая на общественном транспорте	<input type="checkbox"/>
Смерть Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) группы в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) группы в результате болезни	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) группы в результате несчастного случая на общественном транспорте	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) группы в результате дорожно-транспортного происшествия	<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) в результате болезни	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) группы в результате несчастного случая на общественном транспорте	<input type="checkbox"/>
Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) или 2-ой (второй) группы в результате дорожно-транспортного происшествия	<input type="checkbox"/>
Первичное диагностирование смертельно опасного заболевания Застрахованному лицу	<input type="checkbox"/>
Временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/>



Временная утрата трудоспособности Застрахованным лицом в результате болезни	<input type="checkbox"/>
Недобровольная 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"/>
Травматическое повреждение Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного происшествия	<input type="checkbox"/>
Проведение Застрахованному лицу одной из хирургических операций	<input type="checkbox"/>

**Сведения о Застрахованном Лице:**

ФИО:

Дата рождения  /  /  г. Место рождения

*(город/населенный пункт)*

Паспорт: серия  номер  выдан

*(кем и когда)*

**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:**

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)

---



---



---



---

**Событие произошло:**  в медицинском учреждении  в ином месте

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 с 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 смерти Застрахованного Лица:**

---

---

---

---

---

**В случае установления инвалидности Застрахованному Лицу:**

---

---

---

---

---

**В случае первичного диагностирования смертельно опасного заболевания у Застрахованного лица:**

---

---

---

---

---

**В случае временной утраты трудоспособности Застрахованным лицом:**

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

**В случае хирургического вмешательства:**

---

---

---

---

---

**В случае травматического повреждения Застрахованного лица:**

---

---

---

---

---

**В случае госпитализации Застрахованного лица:**

---

---

---

---



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 (смс-сообщения)

на следующий номер телефона:  ()

\_\_\_\_\_ Дата  /  /  г.

**Подпись Страховщика**

