

### Заявление на страховую выплату

Я,

*(ФИО полностью)*

Дата рождения  /  /  г.      ИНН:

Адрес: Индекс       Страна  *(при наличии)*

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:

<i>Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) или 2-ой (второй) группы / категории «ребенок-инвалид» в результате несчастного случая</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Установление Застрахованному лицу инвалидности 1-ой (первой) или 2-ой (второй) группы категории «ребенок-инвалид» в результате дорожно-транспортного происшествия</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Травматическое повреждение Застрахованного лица в результате несчастного случая</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Травматическое повреждение Застрахованного лица в результате дорожно-транспортного повреждения</i>	<input type="checkbox"/>

**Сведения о Застрахованном Лице:**

ФИО:

Дата рождения  /  /  г.      Место рождения

*(город/населенный пункт)*

Паспорт: серия  номер  Дата выдачи  /  /  г.

*(кем выдан)*





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

