

Заявление

о наступлении события (личное страхование)



№ _____

Ипотека НС и болезни

Данные по договору страхования:

Договор страхования: № _____ от ____ . ____ . ____ г.

Срок действия: Дата начала ____ . ____ . ____ г. Дата окончания ____ . ____ . ____ г.

Страхователь (Ф. И. О. полностью):

Информация о заявителе:

Фамилия, имя, отчество (полностью) _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

Степень родства к Застрахованному лицу (если Заявитель им не является) _____

Адрес для корреспонденции _____

Информация о Застрахованном лице:

Фамилия, имя, отчество (полностью) _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

Фактический почтовый адрес: _____

Документ, удостоверяющий личность: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

Место работы (учебы): _____ Должность: _____

Телефон: _____ E-mail: _____

Информация о событии

Настоящим сообщая, что ____ . ____ . ____ г. произошло событие:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Телесное повреждение (травма) Застрахованного | <input type="checkbox"/> Полная постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованного в результате: |
| <input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности Застрахованным в результате:
<input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни | <input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни |
| <input type="checkbox"/> Госпитализация Застрахованного в результате:
<input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни | <input type="checkbox"/> Постоянная утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности (далее – «профессиональная нетрудоспособность») в результате: <input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни |
| <input type="checkbox"/> Критическое заболевание (смертельно опасное заболевание) Застрахованного в результате: <input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни | <input type="checkbox"/> Смерть Застрахованного в результате: <input type="checkbox"/> несчастного случая <input type="checkbox"/> болезни |

Место (точный адрес) и время наступления события: _____

Обстоятельства наступления заявленного события (подробное описание события): _____

№ п/п	Наименование медицинского учреждения, в которое в связи с заявленным событием обращалось Застрахованное лицо	Адрес	Ф. И. О. лечащего врача	Дата обращения	Дата окончания лечения

В связи с заявленным событием проводилось лечение:

Стационарное Амбулаторное Оперативное Вытяжение Гипсовая повязка

В связи с заявленным событием проводилось расследование компетентными органами да нет

Если ДА, укажите, какими (название, место нахождения) _____

Причины несвоевременного обращения в страховую компанию:

(заполняется, если заявление подается с нарушением сроков, установленных Правилами страхования)

Разрешение 1: Я, **Ф. И. О. (полностью)**

Подпись

На основании положений Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «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, иные любые сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (в том числе составляющие врачебную тайну), а также предоставлять соответствующие любые копии документов, по запросу ООО СК «ВТБ Страхование». Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение шести лет после его прекращения или шести лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее) и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Я разрешаю ООО СК «ВТБ Страхование» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, в обеспечение исполнения обязательств Страховщика для определения выплат.

Разрешение 2: Я, **Ф. И. О. (полностью)**

Подпись

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон), подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных – на действия (операции), предусмотренные статьей 3 вышеуказанного Закона, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных в целях надлежащего исполнения договора страхования, включения персональных данных в клиентскую базу данных ООО СК «ВТБ Страхование» для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях, а также для осуществления информационного сопровождения доступными способами. Подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных о состоянии здоровья, а именно сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение в целях надлежащего исполнения договора страхования.

Согласие: С условиями и порядком рассмотрения события, имеющего признаки страхового случая, ознакомлен и полностью согласен и обязуюсь содействовать. Все сообщенные мной в Заявлении сведения, необходимые для рассмотрения вышеуказанного события, соответствуют действительности. Я не возражаю против их проверки Страховщиком; обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика обо всех изменениях, а также о любых обстоятельствах, способных повлиять на увеличение размера ущерба; Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате; рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов.

Заявитель

Ф. И. О., подпись

Дата

. . . г.

Заявление

Ф. И. О., подпись

принял

Дата

. . . г.