

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Страховой полис/договор  от ..

## ЗАЯВИТЕЛЬ

Страхователь  Застрахованный  Наследник Застрахованного  Представитель Страхователя\*

### 1. ЗАЯВИТЕЛЬ

Фамилия

Имя  Отчество

Дата рождения .. Место рождения  Страна рождения

ИНН  СНИЛС

Документ, удостоверяющий личность: наименование документа

серия  номер  дата выдачи .. код подразделения

кем выдан

Моб. телефон  доп. телефон  email

Адрес регистрации или пребывания: индекс  область (край)

район  населенный пункт

улица  дом  строение, корпус  квартира

Адрес направления корреспонденции

Гражданство (при наличии нескольких указать все):  Российская Федерация  отсутствует

иное

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства:

Нет  Да, страна(ы)  ИНН/TIN

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства необходимо предоставить данные миграционной карты:

серия  номер  даты начала .. и окончания .. срока пребывания

Документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа  серия  номер

даты начала .. и окончания .. срока действия права пребывания(проживания) в РФ

\* Реквизиты документа, подтверждающего полномочия Представителя (наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)

### 2. ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПО ДОГОВОРУ

Фамилия

Имя  Отчество

Дата рождения ..

### 3. ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ (необходимо отметить хотя бы одно событие)

- Дожитие Застрахованного лица до конца срока действия Договора
- Смерть Застрахованного лица в течение срока страхования по любой причине/в результате несчастного случая
- Полная и постоянная утрата трудоспособности (инвалидность I, II группы) в рамках освобождения от уплаты взносов
- Инвалидность  1 группа  2 группа  3 группа  категория «ребенок-инвалид»
- Критические заболевания
- Травматические повреждения Застрахованного лица в результате несчастного случая
- Госпитализация Застрахованного лица в результате несчастного случая

Дата события: ..

Обстоятельства наступления события:

**4. К ЗАЯВЛЕНИЮ О СОБЫТИИ ПРИКЛАДЫВАЮ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:****При дожитии Застрахованного лица до окончания срока страхования:**

- Страховой полис (копия)
- Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность, или «Свидетельство об удостоверении факта нахождения гражданина в живых» (документ должен быть заверен после даты наступления события) (нужное подчеркнуть)
- Иное:

**При наступлении смерти Застрахованного лица:**

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти Застрахованного лица из ЗАГС
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей)
- Иное:
- Иное:

**При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов:**

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Нотариально заверенная копия справки об инвалидности
- Иное:
- Иное:

**При первичном диагностировании смертельно опасного заболевания:**

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Медицинский документ, выданный лечебно-профилактическим учреждением, с указанием диагноза, даты первичного диагностирования заболевания, даты проведения хирургических операций (вмешательств), названия и результатов операций и информации, позволяющий сделать заключение о причинах проведения оперативного вмешательства. Наиболее распространенными в этой связи документами являются выписка из амбулаторной карты и / или истории болезни (в случае стационарного лечения) Застрахованного лица
- Иное:
- Иное:

**При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации, хирургической операции:**

- Копия документа, удостоверяющего личность заявителя
- Выписка из амбулаторной карты/история болезни/выписной эпикриз или иной документ, содержащий информацию о событии
- Иное:
- Иное:

**5. ПРОШУ ПРИЧИТАЮЩИЕСЯ МНЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА:**Перевести на счет в банке согласно реквизитам:  на мой личный счет  на счет застрахованного ребенка

Наименование банка	<input type="text"/>	БИК	<input type="text"/>
ИНН банка	<input type="text"/>	Расчетный счет банка	<input type="text"/>
Корреспондентский счет	<input type="text"/>	Лицевой счет получателя	<input type="text"/>

Подписывая настоящее Заявление на получение страховой выплаты Заявитель, выражает свое согласие на предоставление ООО СК «БКС страхование жизни» (далее – «Страховщик») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), работодателем, любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования). Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных со страховой услугой.

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Дата ..

фио страхователя

**Поля заполняются сотрудником/агентом ООО СК «БКС Страхование жизни»**

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Дата ..

фио сотрудника/агента