

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ
по договорам добровольного страхования от несчастных случаев и болезней
*(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)***Все поля обязательны для заполнения.**Я, _____, являясь
_____ ф.И.О. Застрахованным Выгодоприобретателем Наследником Застрахованного Законным представителем
Застрахованного (Представителем по доверенности)
по договору страхования (полису) серия _____ № _____ прошу осуществить
страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 3 настоящего Заявления:**1. Сведения о заявителе**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ г. Место рождения _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность. Наименование _____ серия _____ Номер _____

Кем выдан _____

Когда _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____

Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____

Телефон (раб.) _____ E-mail _____

Степень родства со Страхователем _____

Адрес регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Населенный пункт (Город) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

 Адрес фактического места жительства Указать в случае, если не совпадает с адресом регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____

Район _____ Населенный пункт (Город) _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)? Нет Да Если «Да» укажите должность и наименование организации _____

Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____

Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)? (нужное подчеркнуть) Нет Да Если «Да» укажите должность и наименование организации _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации? (нужное подчеркнуть) Нет Да Если «Да» укажите должность и наименование организации _____**!Только для иностранных граждан:**

Если Вы являетесь иностранным гражданином, то просим указать являетесь ли налоговым резидентом РФ (налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев):

 Нет Да

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:

Серия _____ номер _____ дата начала и окончания действия пребывания

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания _____ г. Дата окончания срока пребывания _____ г.

2. Застрахованный по договору, с которым произошло событие (не заполняется, если Заявитель является_____
Подпись Заявителя_____
Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

Застрахованным)

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____ г. Место рождения _____
Гражданство _____
Документ, удостоверяющий личность. Наименование _____ серия _____ Номер _____
Кем выдан _____
Когда _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____
Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____
Телефон (раб.) _____ E-mail _____
Степень родства со Страхователем _____
Адрес регистрации
Индекс _____ Область (Край) _____
Район _____ Населенный пункт (Город) _____
Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____
Адрес фактического места жительства Указать в случае, если не совпадает с адресом регистрации
Индекс _____ Область (Край) _____
Район _____ Населенный пункт (Город) _____
Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

3. Информация о событии (необходимо отметить хотя бы одно событие)

Смерть Застрахованного в результате заболевания
 Смерть Застрахованного в результате несчастного случая
 Смерть Застрахованного в результате ДТП
Дата смерти: _____ г.
Причина смерти: _____

Место смерти: _____

Инвалидность Застрахованного в результате заболевания
 Инвалидность Застрахованного в результате несчастного случая
 Инвалидность Застрахованного в результате ДТП
Дата установления инвалидности: _____ г.
Группа инвалидности: Первая Вторая Третья
Причина присвоения группы инвалидности: _____

Госпитализация Застрахованного в результате заболевания
 Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая
 Госпитализация Застрахованного в результате ДТП
Диагноз: _____

Период стационарного лечения (госпитализации): с : _____ по: _____

Установление временной нетрудоспособности в результате заболевания
 Установление временной нетрудоспособности в результате несчастного случая
 Установление временной нетрудоспособности в результате ДТП
Диагноз: _____

Период нетрудоспособности: с : _____ по: _____

Телесные повреждения в результате несчастного случая
 Телесные повреждения в результате ДТП
Дата события _____

Установление Застрахованному диагноза вирусного энцефалита, передаваемого укусом инфицированного клеща
 Установление Застрахованному диагноза лихорадка Денге
Дата установления диагноза _____

Подпись Заявителя / Ф.И.О Заявителя
« ____ » _____ 20 ____ г.

4. Обстоятельства события (кратко, обязательно для заполнения):

Обстоятельства и описание события: _____

Наименования и адреса лечебных учреждений, в которых Застрахованный проходил лечение последние 5 лет до наступления события	
Наименование и адрес лечебного учреждения, в которое Застрахованный обратился сразу после наступления события:	
Наименование и адрес лечебного учреждения, в котором Застрахованный проходил лечение (в котором был направлен на МСЭК):	

Была ли вызвана по поводу события скорая неотложная медицинская помощь, служба спасения, сотрудники МВД (нужное подчеркнуть): Да Нет

Мною подано (я собираюсь подать) заявление на страховую выплату в связи с указанным событием в другие страховые компании: Да Нет

5. Для подтверждения страхового случая к заявлению на получение страховой выплаты прилагаю следующие документы:

- Копия Страхового полиса _____ (количество листов)
- Документ, удостоверяющего личность Заявителя _____ (количество листов)
- Документ, подтверждающего родство со Страхователем (при наступлении события с детьми или супругом/супругой Страхователя) _____ (количество листов)
- Доверенность представителя (в случае если заявитель представляет интересы по доверенности) _____ (количество листов)

При наступлении смерти Застрахованного

- Свидетельство ЗАГСа о смерти Застрахованного _____ (количество листов)
- Медицинское свидетельство о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза _____ (количество листов)
- Справки о смерти _____ (количество листов)
- Акт судебно-медицинского исследования или протокол патологоанатомического вскрытия (если вскрытие производилось) _____ (количество листов)
- Акт о несчастном случае на производстве _____ (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события _____ (количество листов)
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников или законных представителей) _____ (количество листов)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, посмертный эпикриз (в случае стационарного лечения), в том числе результаты лабораторных исследований, где наблюдался Застрахованный, с перечнем и датами постановки диагнозов _____ (количество листов)
- Справка о ДТП (если смерть наступила в результате ДТП) _____ (количество листов)
- Справка о размере задолженности по займу на дату наступления случая _____ (количество листов)
- Копия первоначального графика платежей по кредиту _____ (количество листов)

При наступлении инвалидности

- Справка об инвалидности _____ (количество листов)
- Листок временной нетрудоспособности (при наличии) _____ (количество листов)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, посмертный эпикриз (в случае стационарного лечения), в том числе результаты лабораторных исследований, где наблюдался Застрахованный, с перечнем и датами постановки диагнозов _____ (количество листов)
- Акт о несчастном случае на производстве _____ (количество листов)
- Направление на МСЭ _____ (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события _____ (количество листов)
- Справка о ДТП (если инвалидность в получена в результате ДТП) _____ (количество листов)
- Справка о размере задолженности по займу на дату наступления случая _____ (количество листов)
- Копия первоначального графика платежей по кредитному договору _____ (количество листов)

При госпитализации, временной нетрудоспособности:

- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, выписной эпикриз (в случае стационарного лечения) _____ (количество листов)

Подпись Заявителя

Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

- Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения _____ (количество листов)
- Документы медицинского учреждения, подтверждающие перенесение Застрахованным заболевания, соответствующего определению страхового случая, в том числе результаты лабораторных исследований _____ (количество листов)
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, посмертный эпикриз (в случае стационарного лечения), в том числе результаты лабораторных исследований, где наблюдался Застрахованный, с перечнем и датами постановки диагнозов) _____ (количество листов)
- Копии листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного _____ (количество листов)
- Справка установленной формы, подтверждающая продолжительность лечения, если в соответствии с действующими нормативными документами органов здравоохранения Застрахованному листок нетрудоспособности не выдается _____ (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события _____ (количество листов)
- Данные дополнительных методов исследований (рентгенограмма) _____ (количество листов)
- Акт о несчастном случае на производстве _____ (количество листов)
- Справка о ДТП (если госпитализация в результате ДТП) _____ (количество листов)
- Иные документы _____ (количество листов)

При телесных повреждениях, диагностировании клещевого энцефалита, лихорадки Денге:

- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного и/или стационарного больного, выписной эпикриз (в случае стационарного лечения), в том числе результаты лабораторных исследований _____ (количество листов)
- Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения _____ (количество листов)
- Копии листов нетрудоспособности, заверенные отделом кадров по месту работы Застрахованного _____ (количество листов)
- Справка установленной формы, подтверждающая продолжительность лечения, если в соответствии с действующими нормативными документами органов здравоохранения Застрахованному листок нетрудоспособности не выдается _____ (количество листов)
- Выписной эпикриз (в случае стационарного лечения) _____ (количество листов)
- Документы, выданные государственными компетентными органами, производившими расследование обстоятельств и причин произошедшего события _____ (количество листов)
- Данные дополнительных методов исследований (рентгенограмма) при наличии _____ (количество листов)
- Акт о несчастном случае на производстве _____ (количество листов)
- Справка о ДТП (если телесные повреждения в результате ДТП) _____ (количество листов)
- Копия договора оказания услуг связи с ПАО «МегаФон» (для договоров, заключенных путем активации подписки через мобильного оператора) _____ (количество листов)
- Иные документы _____ (количество листов)

!!! Документы предоставляются Страховщику на русском языке в виде оригиналов или копий, заверенных уполномоченным на то лицом. Представленный перечень носит справочный характер, полный перечень документов, который может быть запрошен Страховщиком, содержится в Правилах страхования, на основании которых заключен Ваш договор страхования!!!

6. Реквизиты для перечисления (все поля обязательны для заполнения):

Выплату прошу осуществить по следующим реквизитам (выбрать один из вариантов)

на мой лицевой счет в ООО «Хоум Кредит энд Финанс Банк»
 №

на счет в банке _____ (наименование банка)

Расчетный счет № :

БИК:

кор.счет:

Лицевой счет №:

Получатель (Застрахованный или наследник Застрахованного согласно представленным ООО «Хоум Кредит Страхование» документам) _____

Адрес электронной почты Получателя, на который будет передан кассовый чек _____
 (Адрес электронной почты разборчиво)

7. Согласие на обработку персональных данных

7.1 Подписывая настоящее Заявление. Заявитель выражает свое согласие на предоставление ООО «Хоум Кредит Страхование» адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 7 (далее – «Страховщик») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч.

территориальными), любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами/лечебными учреждениями, 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, 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 с услугой страхования.

Также подписывая настоящее Заявление, Заявитель выражает свое согласие на предоставление ООО «Хоум Кредит Страхование» правоохранительными органами, подразделениями Министерства обороны РФ, подразделениями Государственной инспекции труда сведений о факте обращения, о факте события, дате и месте события, характере и обстоятельствах события, размере и характере повреждений, информации о виновных лицах.

7.2 Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие Страховщику на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) (далее каждый в равной степени именуется «субъект персональных данных» или «субъект ПДн»), на следующих условиях (далее – «согласие»):

7.2.1. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); контактная информация (например, адреса; номера телефонов, e-mail); данные миграционной карты (для иностранных граждан); ИНН (при его наличии); банковские реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

7.2.2. Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»): I) заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание услуги страхования), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования (если полагается); II) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; III) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика; IV) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); V) контроль и оценка качества предоставляемой услуги страхования по всем вопросам ее предоставления; VI) иные цели обработки ПДн, заявленные субъекту ПДн.

7.2.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся ООО «РусЭксперт-Сервис» (ОГРН 5147746248140), адрес: 127566, г. Москва, ул. Декабристов, д. 15А экспертные организации, страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги (далее и выше по тексту – «Обработчики»). Перечень обработчиков, не указанных в настоящем Заявлении, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://hcinsurance.ru>. Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка)

7.2.4. Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

7.2.5. Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Заявитель понимает и соглашается, что без заполнения всех полей настоящего Заявления (когда это необходимо), а также в случае непредставления предусмотренного условиями договора страхования перечня документов, в отсутствие подписи Заявителя на каждой странице настоящего Заявления, настоящее Заявление будет считаться не поданным Страховщику.

Подпись Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О Заявителя

Подпись Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О Заявителя