

**GENERALI PPF**

Страхование жизни

ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни», лицензия ФССН С № 3609 77,
Адрес: 125040, г. Москва, ул. Правды, д. 8, стр. 1, Телефон: (495) 785-82-00. Факс: (495) 758-82-09**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ****(заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату)**Все поля обязательны для заполнения. Заявления без указания номера полиса, ФИО заявителя, информации о событии, порядка страховой выплаты, дат, без подписей и указания даты заполнения заявления не принимаются.

Я, _____, являясь

(ФИО)

 Застрахованным Выгодоприобретателем Наследником Застрахованного Законным представителем Застрахованногопо договору страхования (полису) серия № прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 3 настоящего Заявления:**1. Сведения о заявителе (все поля обязательны для заполнения)**Дата рождения: паспорта:

Кем выдан: _____

Когда выдан: Фактический адрес: Телефон дом. Телефон моб.

E-mail _____

2. Застрахованный по договору

ФИО: _____

3. Информация о событии (необходимо отметить хотя бы одно событие) **Дожитие Застрахованного до окончания срока страхования**Дата дожития до установленного договором срока: **Смерть Застрахованного**Дата смерти:

Причина смерти: _____

Место смерти: _____

 Освобождение от уплаты взносов в случае инвалидности **Инвалидность Застрахованного в результате несчастного случая**Дата установления инвалидности: Группа инвалидности: Первая Вторая Третья

Причина присвоения группы инвалидности: _____

 Смертельно-опасное заболевание (СОЗ) /если риск указан в страховом полисе/Дата постановки диагноза: Вид смертельно-опасного заболевания: Рак Инфаркт миокарда Инсульт Терминальная почечная недостаточность
 Аортокоронарное шунтирование Трансплантация жизненно важных органов

Паралич

 Телесные повреждения Застрахованного в результате несчастного случая **Временная нетрудоспособность Застрахованного в результате несчастного случая** **Госпитализация Застрахованного в результате несчастного случая**Дата несчастного случая:

Диагноз: _____

Период нетрудоспособности: с по Период стационарного лечения (госпитализации): с по **4. Обстоятельства события (кратко, обязательно для заполнения):**

Обстоятельства и описание 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):

ФИО лечащего врача: _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись Заявителя _____

Если событие наступило в результате несчастного случая, то обязательно следует указать:

Дата и время несчастного случая:	Место несчастного случая:
Свидетель несчастного случая (ФИО, контактный телефон):	

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

Мною подано (я собираюсь подавать) 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 суммы необходимо приложить следующие документы: (знаком * отмечены обязательные документы для подтверждения страхового случая)

При дожитии Застрахованного до окончания срока страхования

- Страховой полис* _____ (количество листов)
 Нотариально заверенная копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (документ должен быть заверен после даты наступления события)* _____ (количество листов)

При наступлении смерти Застрахованного

- Страховой полис* _____ (количество листов)
 Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____ (количество листов)
 Нотариально заверенная копия свидетельства ЗАГСа о смерти Застрахованного* _____ (количество листов)
 Копия медицинского свидетельства о смерти Застрахованного или посмертного эпикриза* _____ (количество листов)
 Копия справки о смерти _____ (количество листов)
 Копия протокола о вскрытии (при наличии) _____ (количество листов)
 Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____ (количество листов)
 Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты (для наследников и законных представителей) _____ (количество листов)

При наступлении Инвалидности / Освобождение от уплаты взносов

- Копия страхового полиса* _____ (количество листов)
 Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____ (количество листов)
 Нотариально заверенная копия справки об инвалидности* _____ (количество листов)
 Копия листка временной нетрудоспособности (при наличии) _____ (количество листов)
 Выписка из лечебного учреждения о состоянии здоровья Застрахованного с перечнем диагнозов, на основе которых была установлена инвалидность* _____ (количество листов)
 Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____ (количество листов)
 Копия справки о ДТП (при наличии) _____ (количество листов)

При установлении диагноза Смертельно-опасное заболевание (СОЗ)

- Копия страхового полиса* _____ (количество листов)
 Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____ (количество листов)
 Документ лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащий квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу СОЗ (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.) либо заключение о причине присвоения группы инвалидности* _____ (количество листов)

При телесных повреждениях, временной нетрудоспособности, госпитализации:

- Копия страхового полиса* _____ (количество листов)
 Копия документа, удостоверяющего личность заявителя* _____ (количество листов)
 Справка из травмпункта, выписка из лечебного учреждения* _____ (количество листов)
 Данные дополнительных методов исследования (рентгенограмма) при наличии* _____ (количество листов)
 Оригинал/копия листка временной нетрудоспособности (при наличии, *обязательно для риска временной нетрудоспособности) _____ (количество листов)
 Копия акта о несчастном случае на производстве (при наличии) _____ (количество листов)
 Копия справки о ДТП (при наличии) _____ (количество листов)

Иные документы _____ (количество листов)

Всего передано документов _____ (количество листов)

6. Прошу причитающиеся мне средства (обязательно должен быть выбран один из 3-х вариантов порядка выплаты):

направить в счет уплаты страховых взносов по страховому полису:

Полис (серия, №)	Дата выдачи полиса	ФИО Страхователя

перевести на счет в банке согласно следующим реквизитам (обязательно к заполнению):

на мой личный счет на счет застрахованного ребенка

Банк (название и место расположения) _____

Расчетный счет _____

БИК _____

№ счета (физ. лица) _____

выплатить почтовым переводом по следующему адресу (обязательно к заполнению):

_____ индекс предприятия связи

_____ адрес

7. Разрешение

Я, _____, настоящим заявлением даю свое согласие ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Страхователя, Застрахованного (Застрахованных) и Выгодоприобретателя, указанных в настоящем Заявлении, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях принятия решения об осуществлении страховой выплаты и ее размере (согласно ФЗ № 152-ФЗ), а также разрешаю любому медицинскому работнику и/или учреждению здравоохранения, имеющему информацию об истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного, предоставлять ее в случае необходимости в ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни». **Понимаю, что без заполнения обязательных полей и без подписи на обеих страницах заявление страховая выплата не будет осуществлена. Датой подачи заявления/приема документов считается дата передачи документов в центральный офис ООО «Дженерали ППФ Страхование жизни» (125 040, Россия, Москва, Правды ул.,8, стр.1)**

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись Заявителя _____

Дата принятия заявления агентом (консультантом) _____ Агент № _____ ФИО: _____