

З А Я В Л Е Н И Е
о наступлении страхового случая
по полису страхования от несчастных случаев и болезней
№ _____ от “ ___ ” _____ 20__ г.

Страхователь (ФИО) _____

От страхователя (доверенного лица) _____

Проживающего по адресу: _____

Тел. дом. _____, служ. тел. _____, тел. сот. _____

e-mail _____

Работающего _____

Прошу Вас выплатить страховое возмещение

- в связи с утратой трудоспособности, на основании больничного листа серия _____ № _____
от “ ___ ” _____ 20__ года, выданного _____;

- в связи с инвалидностью, на основании больничного листа серия _____ № _____
от “ ___ ” _____ 20__ года, выданного _____,
справки МСЭК серия _____ № _____, от “ ___ ” _____ 20__ года;

- в связи со смертью, на основании свидетельства о смерти серия _____ № _____
от “ ___ ” _____ 20__ года.

Событие произошло « ___ » _____ 20__ года в _____ час. _____ мин.
при следующих обстоятельствах _____
указать где, когда и при каких обстоятельствах

Сумму страхового обеспечения прошу выдать _____
Указать форму выдачи: безналично перечислением, налично

При безналичном перечислении указать банк, его реквизиты и номер счета

К заявлению прилагаются:

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю свое согласие на обработку ООО СК «Пульс» (625026, г. Тюмень, ул. Малыгина, д.84) (далее – Страховщик), моих персональных данных (ФИО, номер телефона, адрес электронной почты, адрес регистрации, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, дата рождения, гражданство, СНИЛС, ИНН), специальных персональных данных (сведений о состоянии здоровья, данных о наличии инвалидности с указанием группы, данных о подготовке к направлению на медико-социальную экспертизу, с указанием заболевания), указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в целях надлежащего исполнения Договора страхования (исполнение обязательств, проверку качества оказания услуг, формирование статистики, отправку и получение СМС-сообщений, сообщений по электронным каналам связи (в том числе мессенджером), содержащих информацию по договору страхования).

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ “О персональных данных”, с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), использование, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам, которые привлечены или будут привлекаться Страховщиком для исполнения обязательств по Договору страхования (в случае появления такой необходимости по мнению Страховщика - организации, осуществляющие консультирование клиентов, медицинские экспертные

организации) на основании договора, содержащего условие об обработке персональных данных, в объеме необходимом для достижения цели его заключения, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, внесение в информационную систему, автоматическую обработку, трансграничную передачу, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Настоящее 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).

Я даю свое согласие на направление Страховщиком запросов и предоставление Страховщику третьими лицами, органами власти, включая МВД России, МЧС России, органами прокуратуры и иными компетентными органами, Пенсионный фонд РФ, включая его отделения, организациями / учреждениями / юридическими лицами, а также страховыми компаниями, любыми медицинскими организациями, включая федеральными государственными учреждениями МСЭ, частными врачами, фондами обязательного медицинского страхования (в том числе территориальными), работодателем, лечебно-профилактическими учреждениями или учреждениями здравоохранения особого типа, в которых пострадавший (застрахованное лицо) проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений, касающихся обстоятельств и причин заявленного события, обладающего признаками страхового случая (в случае появления такой необходимости по мнению Страховщика) в том числе, сведений о факте обращения пострадавшего (застрахованного лица) за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья пострадавшего (застрахованного лица) и диагнозе или прогнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении в любое время, в том числе в случае смерти пострадавшего (застрахованного лица) и обработку этих данных Страховщиком. Настоящее согласие в соответствии с частью 3 статьи 13, частями 4 и 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" включает в себя право Страховщика знакомиться с медицинской документацией, получать медицинские документы (их копии). Я согласен, что получение Страховщиком сведений о пострадавшем (застрахованном лице), в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме, в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований, в любое время, в том числе в случае смерти.

Согласия могут быть отозваны в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ

Подпись

« ____ » _____ 20__ года.

Вх. № _____ от « ____ » _____ 20__ г.