



Заявление о страховой выплате (универсальное)

Дата приёма заявления «___» _____ 20__ г.

Номер _____

Страховой полис/Договор № _____

Страхователь: _____

заполняется только по коллективным договорам, заключенным от имени юридических лиц

Данные Заявителя/Застрахованного лица

Застрахованное лицо:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения ____ г.

Документ, удостоверяющий личность:

☐ Паспорт ☐ Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ 20__ г.

Код подразделения

____ - ____

Выдан _____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Почтовый адрес по месту постоянной регистрации:

индекс

населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира, район, область, республика и т.п.

Место работы (учебы) _____

Должность _____

Заявитель: ☐ Застрахованное лицо ☐ Наследник ☐ Законный представитель ☐ Выгодоприобретатель

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Документ, удостоверяющий личность:

☐ Паспорт ☐ Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ 20__ г.

Код подразделения

____ - ____

Выдан _____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес фактического проживания:

индекс

населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира, район, область, республика и т.п.

Контактный телефон:

8- _____

Я согласен получать устные и СМС-уведомления на указанный мобильный телефон:

☐ Да

☐ Нет

Данные по событию

Событие, произошло: «___» _____ 20__ г.

Обстоятельства события: _____

По указанной выше причине Застрахованное лицо обращалось (доставлялось) в:

№ п/п	Наименование медицинского учреждения	Адрес	Фамилия, инициалы лечащего врача	Дата обращения	Дата оконч. лечения

Проводилось лечение: _____

☐ Стационарное ☐ Амбулаторное ☐ Оперативное ☐ Вытяжение ☐ Гипсовая повязка ☐ Физиотерапия

В связи с заявленным событием проводились: ☐ Расследование ☐ Экспертиза

Укажите название организации: _____

Данные по страховой выплате

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Я, Заявитель, даю своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте и дате моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате.

Заявитель _____

подпись

Заявителем представлены ☐ все обязательные документы ☐ не все обязательные документы

(Администратор указывает полноту представленных документов)

Заявление принял: _____

должность

подпись

Ф.И.О.

Документы, представленные Заявителем

	Обязательные документы независимо от типа заявленных требований (пункты 1-6)	Обязательный документ	Предоставлен
1.	Договор страхования (Полис, страховой сертификат, памятка)	Да	☐
2.	Документ, удостоверяющий личность Заявителя (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)	Да	☐
3.	Документ, удостоверяющий личность Получателя выплаты, если отличается от Заявителя (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)	Да	☐
4.	Доверенность с правом подачи заявления о событии, если Заявитель не является стороной по Договору страхования	Да	☐
5.	Банковские реквизиты Получателя выплаты	Да	☐
6.	Медицинские документы, характеризующие заявленное событие: при амбулаторном лечении – выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения); при стационарном лечении – выписной эпикриз по стационарному лечению из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения)/выписка из истории болезни	Да	☐
Обязательные документы при наступлении смерти (пункты 7-11)			
7.	Свидетельство о смерти из ЗАГС	Да	☐
8.	Документы с указанием причины смерти: медицинское свидетельство о смерти, иные документы в соответствии с законодательством РФ	Да	☐
9.	Если вскрытие производилось: протокол патологоанатомического исследования/акт вскрытия трупа	Да	☐
10.	Если обстоятельства события, послужившего причиной смерти, подлежат расследованию в соответствии с законодательством РФ: Постановление (Определение) следственных органов, Решение / Определение / Приговор суда	Да	☐
11.	Протокол и заключение судебно-медицинской экспертизы с результатами химико-токсикологического исследования (если проводилось)	Да	☐
Обязательные документы при установлении инвалидности (12-14)			
12.	Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
13.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении группы (категории) инвалидности по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
14.	Протокол проведения медико-социальной экспертизы по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
Обязательные документы при заболеваниях и их последствиях (15-20)			
15.	Результаты проведенных исследований (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ), микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томограммы (КТ)), подтверждающие диагноз "заболевание"	Да	☐
16.	Заключения специалистов по итогам проведенных исследований, подтверждающие диагноз "заболевание"	Да	☐
17.	При онкологическом заболевании: извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	Да	☐
18.	При смертельно-опасном заболевании: заключение специалиста в области медицины: кардиолога, кардиохирурга, невропатолога, нефролога, онколога и т.п.	Да	☐
19.	При утрате профессиональной трудоспособности: Акт о случае профессионального заболевания по форме, предусмотренной законодательством РФ	Нет	☐
20.	При временной нетрудоспособности: листы нетрудоспособности за все периоды нетрудоспособности, заверенные работодателем/иной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность в соответствии с законодательством РФ	Нет	☐
Обязательные документы при телесных повреждениях и их последствиях (21-26)			
21.	Результаты проведенных исследований (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ), микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томограммы (КТ)), подтверждающие диагноз "телесные повреждения"	Да	☐
22.	При костных повреждениях (вывихи, переломы и т.д.): рентгеновские снимки до лечения и в конце лечения*	Да	☐
23.	При костных повреждениях (вывихи, переломы и т.д.): заключение рентгенолога по результатам проведения рентгенографии	Да	☐
24.	При временной нетрудоспособности: листы нетрудоспособности за все периоды нетрудоспособности, заверенные работодателем/иной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность в соответствии с законодательством РФ	Да	☐
25.	Если несчастный случай произошел при исполнении служебных обязанностей: Акт о несчастном случае на производстве, заверенный работодателем по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
26.	Если несчастный случай произошел при соревнованиях и тренировке: Акт о спортивной травме / Протокол соревнований	Да	☐
Обязательные документы при ДТП (27-31)			
27.	Справка о ДТП по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
28.	Приложение к справке о ДТП о наличии Пострадавших по форме, предусмотренной законодательством РФ	Да	☐
29.	Если Застрахованное лицо являлось водителем: водительское удостоверение / иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категорией транспортного средства	Да	☐
30.	Если Застрахованное лицо являлось водителем: Акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения / Акт медицинского освидетельствования / Заключение (Акт) судебно-медицинской экспертизы (исследования)	Да	☐
31.	Материалы расследования правоохранительными органами по административному (уголовному) делу/производству: Протокол / Постановление / Определение по административному правонарушению, Постановление / Приговор / Решение суда по уголовному делу	Да	☐
К заявлению дополнительно прилагаю следующие документы:			
32.			
33.			
34.			
35.			

* Рентгеновские снимки принимаются только в виде оригиналов и выдаются по запросу после принятия решения по заявлению.

Я, Заявитель, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Заявитель _____ / _____
подпись Ф.И.О.

«__» _____ 20__ г.