

Внимание!

Форма используется в случае, если заявитель (застрахованное лицо или выгодоприобретатель) обратился за страховой выплатой в случае установления инвалидности, травмы, госпитализации, хирургической операции, диагностирования критического заболевания застрахованного лица. Если заявитель - несовершеннолетнее лицо, заявление заполняется и подписывается его законным представителем.

В ООО «МАКС-Жизнь»

ЗАЯВЛЕНИЕ о страховой выплате

Сведения о Заявителе (если заявитель является несовершеннолетним, в данном разделе указываются данные несовершеннолетнего заявителя):

Заявитель (нужное отметить <input checkbox"="" checked="" type="checkbox>): <input type="/> - Застрахованное лицо <input type="checkbox"/> - Выгодоприобретатель	
Фамилия Имя Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Дата рождения	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Степень родства <input style="width: 100px;" type="text"/>
Место рождения	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность (для несовершеннолетнего свидетельства о рождении)	наименование, серия, номер <input style="width: 100%;" type="text"/> Гражданство <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>укажите все страны</small>
	кем и когда выдан, код подразделения <input style="width: 100%;" type="text"/> ИНН <input style="width: 100px;" type="text"/>
Для иностранных граждан и лиц без гражданства:	Сведения о миграционной карте (серия, номер, даты начала и окончания срока пребывания)
	Сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, даты начала и окончания срока действия права пребывания (проживания))
Адрес места жительства (регистрации)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира
Адрес места пребывания (фактический)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира
Телефоны	дом. <input style="width: 100px;" type="text"/> моб. <input style="width: 100px;" type="text"/> e-mail <input style="width: 100px;" type="text"/>

Сведения о представителе Заявителя (данный раздел заполняется в случае, если заявление заполняет и подписывает представитель несовершеннолетнего заявителя):

Фамилия Имя Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Дата рождения	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Степень родства (с заявителем) <input style="width: 100px;" type="text"/>
Место рождения	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	наименование, серия, номер <input style="width: 100%;" type="text"/> Гражданство <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>укажите все страны</small>
	кем и когда выдан, код подразделения <input style="width: 100%;" type="text"/> ИНН <input style="width: 100px;" type="text"/>
Для иностранных граждан и лиц без гражданства:	Сведения о миграционной карте (серия, номер, даты начала и окончания срока пребывания)
	Сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, даты начала и окончания срока действия права пребывания (проживания))
Адрес места жительства (регистрации)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира
Адрес места пребывания (фактический)	индекс область, регион город улица дом корпус квартира
Телефоны	дом. <input style="width: 100px;" type="text"/> моб. <input style="width: 100px;" type="text"/> e-mail <input style="width: 100px;" type="text"/>

Заявитель (представитель заявителя):

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Прошу произвести страховую выплату по договору страхования в связи:

- **установлением инвалидности:** _____ (укажите группу/категорию инвалидности)
Дата установления инвалидности: _____
Дата несчастного случая/заболевания, явившегося причиной инвалидности: _____
- **травмой:** _____ (укажите характер травмы)
Дата несчастного случая: _____
- **госпитализацией**
Сроки госпитализации: с _____ по _____
- **проведением хирургической операции:** _____ (укажите операцию)
Дата проведения операции: _____
Дата несчастного случая, явившегося причиной проведения операции: _____
- **диагностированием критического заболевания:** _____ (укажите заболевание)
Дата диагностирования заболевания: _____

№ и дата договора страхования	№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.
Ф.И.О. Застрахованного лица	
Обстоятельства события	укажите, пожалуйста, подробно обстоятельства, причины, место события, и др.

Страховую выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

Получатель (Ф.И.О.):			
Наименование банка			
БИК		ИНН банка	
Расчетный счет			
Корреспондентский счет банка			
Иные реквизиты			

Декларация Заявителя:

1) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) выражают свое согласие на обработку Страховщиком (ООО «МАКС-Жизнь», 115184, Москва, ул.Малая Ордынка, д.50) в течение всего срока действия указанного в настоящем заявлении договора страхования (далее – Договор) и в течение 25 (двадцати пяти) лет после исполнения Договора своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и иных документах, используемых Страховщиком для их обработки, с целью исполнения Страховщиком условий Договора и требований, установленных действующим законодательством, в т.ч. в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, осуществления страховой выплаты, администрирования договора, а также в целях информирования о продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Под обработкой персональных данных в настоящем заявлении понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также совершение иных действий с персональными данными (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств).

Заявитель

(представитель заявителя):

подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) дает свое согласие Страховщику на передачу персональных данных, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением Договора, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных (включая передачу персональных данных в перестраховочную компанию).

Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) также подтверждает свое согласие на информирование его Страховщиком о ходе исполнения Договора, о продуктах и услугах Страховщика посредством направления смс-сообщений и/или сообщений по адресу электронной почты, указанному в настоящем заявлении.

Субъект персональных данных вправе потребовать прекратить обработку персональных данных полностью или в части информирования о продуктах и услугах путем направления в адрес Страховщика письменного заявления с указанием реквизитов Договора.

2) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) подтверждает, что не имеет гражданства США, разрешения на постоянное пребывание в США и не является налоговым резидентом США.

3) Настоящим Заявитель (представитель Заявителя) подтверждает, что не является:

- а) иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций;
- б) лицом, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров ЦБ РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ;
- в) супругой(-ом), близким родственником лиц, указанных в настоящем подпункте.

К заявлению прилагаются:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

**Заявитель
(представитель заявителя):**

подпись	Фамилия Имя Отчество (полностью)

Дата: «___» _____ 20__ г.

Заявление получил:

_____ подпись, должность, Фамилия И.О.

Дата: «___» _____ 20__ г.