

В ООО СК «Согласие Вита»
Отдел урегулирования убытков

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

По Страховому Полису/ Договору № _____

Я, _____,
(Ф.И.О. Заявителя)

Серия _____ номер _____ дата выдачи « _____ » _____ г., выдан _____
_____ дата рождения Заявителя: « _____ » _____ г.,

Индекс _____ Государство _____ Область _____ Город _____ Улица _____ дом _____
_____ квартира _____

контактный телефон (с кодом города): дом. _____ моб. _____
являясь по договору _____

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным лицом (дата, время, где произошло, каким образом, диагноз, дата первого обращения, обращался ли прежде и т.д):

Прошу рассмотреть возможность страховой выплаты в установленном порядке.

К заявлению прилагаю: (список прилагаемых документов)

Страховую выплату прошу направить на расчетный счет:

Название банка: _____

Филиал: _____

ИНН банка: _____ БИК _____

Корр. Счет: _____

№ счета получателя _____

Получатель: _____ (Ф.И.О.)

Зачесть в счет оплаты по договору _____ да/нет _____

Согласен на обработку Страховщиком сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора страхования, а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве настоящего Согласия.

Пользуясь правом, предоставленным ст.ст. 31 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 я, _____

ФИО, год рождения Страхователя/Застрахованного

Разрешаю врачам медицинских учреждений (поликлиники, больницы, диспансеры и др.) предоставлять информацию о своем заболевании (о его характере и особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции и инвазивных диагностических процедурах, ожидаемых результатах и возможных последствиях, об осложнениях, о течении послеоперационного периода), а также любые другие сведения о моем здоровье штатному сотруднику Страховщика по письменному запросу.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись _____