

# Заявление на страховую выплату

## Данные выгодоприобретателя

Я,	
Гражданство (при наличии второго указать)	
ИНН (при наличии)	СНИЛС (при наличии)
Дата рождения	
Место рождения	
Адрес регистрации (с индексом)	
Адрес места жительства (при отличии; с индексом)	
Телефон	E-mail
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина РФ      Иной документ (дополнительно Вам необходимо заполнить анкету выгодоприобретателя)
Серия (при наличии) и номер	
Дата выдачи	Код подразделения
Орган, выдавший документ	

## Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшим с застрахованным:

Ф.И.О. застрахованного	
Дата рождения застрахованного	

### Настоящим заявлением:

- Разрешаю любому врачу медицинского учреждения, бюро медико-социальной экспертизы, Фонду обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей или застрахованного истории заболевания, моем или застрахованного физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости ООО «Зетта Страхование жизни». Я разрешаю ООО «Зетта Страхование жизни» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.
- Подтверждаю, что все письма и уведомления, направляемые страховщиком в адрес заявителя/застрахованного/выгодоприобретателя считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов:
  - Почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату;
  - В виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату;
  - В виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных заявителя/застрахованного/выгодоприобретателя выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет страховщик. Я проинформирован и согласен с тем, что выплата осуществляется после предоставления полного комплекта документов страховщику в сроки, не превышающие 10 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

## На основании договора/полиса страхования №

от

Дата события	
Характер произошедшего события	Травма      Заболевание      Инвалидность      Смерть
Диагноз	
Описание события, место события (адрес), причина, обстоятельства (заполняется в произвольной форме)	

Подпись заявителя

## Медицинское учреждение, где застрахованному была оказана медицинская помощь

Первичная медицинская помощь (наименование и адрес учреждения)			
Стационарное лечение (наименование и адрес учреждения)			
Амбулаторное лечение (наименование и адрес учреждения)			
<b>Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами?</b>	ДА	НЕТ	
Если да, укажите наименование и адрес ОВД			
Проводился ли тест на алкоголь?	ДА	НЕТ	
Результат теста на алкоголь			

## Заполняется в случае смерти застрахованного

Место смерти застрахованного	Стационар	Иное	
Наименование учреждения (в случае смерти в стационаре)			
Адрес места смерти			
Проводилось ли вскрытие?	ДА	НЕТ	
Если да, укажите наименование и адрес учреждения			

## Выплату прошу произвести

Безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)			
<b>Реквизиты получателя</b>			
Ф. И. О. получателя <sup>3</sup>			
БИК банка			
Расчетный (лицевой) счет получателя			
Зачислить в счет очередных платежей			
Номер полиса	Сумма перевода		
Номер полиса	Сумма перевода		
Номер полиса	Сумма перевода		
<b>Я подтверждаю, что я не являюсь:</b> Иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ); Должностным лицом публичной международной организации; Российским публичным должностным лицом (РПДЛ); Супругом/родственником одного из вышеуказанных лиц			ДА
			НЕТ
Должность			
Наименование работодателя			
Адрес работодателя			
Степень родства			

Я проинформирован и согласен с тем, что выплата осуществляется после предоставления полного комплекта документов страховщику в сроки, не превышающие 10 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. Гарантирую, что передача Оператору персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей, Получателей страховой выплаты происходит с их письменного согласия, которое обязуюсь предоставить Оператору по его требованию.

3. В случае если получатель отличается от выгодоприобретателя, то необходимо заполнить анкету Выгодоприобретателя на получателя