



ДЕЛО ЖИЗНИ

страховая компания

125252, Москва, а/я 28
тел: +7 (495) 967-13-01, факс: +7 (495) 967-13-02
e-mail: info@prolife.ru www.prolife.ru

Вход.№ _____

Генеральному директору ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ»

от _____
Фамилия, Имя, Отчество полностью

дата рождения: «___» _____ г.

адрес для корреспонденции _____
индекс, адрес

контактный тел. _____

e-mail: _____

являющегося (ейся) Застрахованным лицом / Страхователем /
Выгодоприобретателем /законным представителем Выгодоприобретателя
нужное подчеркнуть

по Договору (договорам) _____
указать вид страхования (страхование жизни и/или страхование от НС и болезней)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Прошу рассмотреть вопрос о выплате страхового обеспечения по страховому событию, предусмотренному договором (договорами) страхования

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от «___» _____ г.

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от «___» _____ г.

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от «___» _____ г.

Страховое событие _____
Временная нетрудоспособность, телесные повреждения (травмы), инвалидность, смерть в результате несчастного случая или болезни

Кто является пострадавшим _____
Фамилия, имя, отчество

Дата и обстоятельства события _____
Дата и место, причины, последовательность событий

Впервые по поводу травмы обратился (обратилась) «___» _____ 20 ____ г.

в _____
наименование медицинского учреждения, его адрес

В дальнейшем лечился (лечилась) в _____
наименование медицинского учреждения, его адрес

с «___» _____ 20 ____ г. по «___» _____ 20 ____ г.

ДИАГНОЗ _____

По факту получения телесных повреждений при ДТП / вследствие неправомерных действий третьих лиц
сообщил / сообщено «___» _____ 20 ____ г. в _____

наименование компетентного органа, его адрес

Страховую выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

Банк: _____

Филиал: _____

Город: _____

БИК (9 цифр)

ИНН (10 цифр)

Корр/сч банка: (20 цифр)

Р/сч банка: (20 цифр)

Л/сч: (20 цифр)

номер карты* (16 или 18 цифр)

*Номер карты указывается только для владельцев карт Банка ВТБ24

Владелец счета: _____

ФИО полностью

ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАСТУПЛЕНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ*
(отметьте документы, приложенные к данному заявлению)

Независимо от вида страхового случая к Заявлению прилагаются.

- Копия заявления о приеме на страхование
- Копия полиса, Копии квитанций об оплате
- Копия паспорта заявителя
- Копия свидетельства о рождении (если Застрахованным лицом является ребенок)
- Документ, подтверждающий право на получение страховой выплаты, если Выгодоприобретатель не был указан в полисе
- Копия Акта о несчастном случае на производстве, в учебном заведении (если был составлен)
- Копия Справки о ДТП (при ДТП)
- Копия Постановления следственных органов (если ведется следствие)

Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни

- Нотариальная копия Свидетельства о смерти Застрахованного
- Копия справки о смерти
- Копия медицинского свидетельства о смерти
- Копия протокола патологоанатомического исследования или судебно-медицинской экспертизы
- Копия истории болезни с посмертным эпикризом или выписка из истории болезни с посмертным эпикризом
- Амбулаторная карта за весь период наблюдения в поликлинике
- Постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела в случае смерти вне больницы

Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая или болезни

- Копия справки МСЭК об установлении группы инвалидности
- Направление на МСЭ и отрывной талон (форма 088-у-06)
- Акт освидетельствования МСЭ
- Индивидуальная программа реабилитации инвалида
- Амбулаторная карта за весь период наблюдения в поликлинике

Временная нетрудоспособность, телесные повреждения (травмы)

- Справка / Выписка из амбулаторной карты за весь период лечения и / или Справка по форме №1
- Рентгенологические снимки (при переломе и вывихе)
- Копия листка временной нетрудоспособности (если он был открыт)

ПРИМЕЧАНИЕ. Документы должны быть предоставлены в виде оригиналов или копий, заверенных подписью уполномоченного на то лица и печатью выдавшего учреждения.

***Страховщик вправе запросить документы, не указанные в настоящем перечне, но предусмотренные Правилами страхования, необходимые для принятия решения по конкретному событию.**

« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись Заявителя _____ / _____ /
Фамилия И.О.

Я, Застрахованное лицо / законный представитель Застрахованного лица (нужное подчеркнуть)

ФИО Застрахованного лица или законного представителя Застрахованного лица полностью

настоящим даю согласие ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» на получение информации об обстоятельствах наступления заявленного события, включая медицинскую информацию.

« ____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____ / _____ /
Фамилия И.О.