

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

От _____
 Фамилия, имя, отчество

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Эл. почта _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску
 «Пластическая операция»:**

Я, _____

 Фамилия, имя, отчество

Документ: серия _____ номер _____, выдан (кем/когда) _____, являющий(ая)ся

Застрахованным лицом;
 Выгодоприобретателем;
 представителем по доверенности,
 по договору № _____ от _____ г., в связи с проведением пластической операции «_____» _____ 20__ г.,
 прошу причитающуюся мне сумму страховой выплаты перевести на мой (иначе указать ФИО получателя) счет:

Получатель: _____
Наименование Банка: _____
БИК _____ **ИНН** _____
Кор. счет Банка получателя _____
Расчетный счет получателя _____

К заявлению прилагаю следующие документы (*отметить/указать*):
 Договор страхования (страховой полис/страховой сертификат);
 Документ удостоверяющий личность заявителя;
 Согласие на обработку персональных данных Заявителя;
 Медицинское заключение о необходимости пластической операции;
 Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз);
 Выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
 Заключение врача (кардиолога, хирурга, терапевта, онколога, эндокринолога, дерматолога, пластического хирурга);
 Копия листов нетрудоспособности (если оформлялись), заверенная работодателем копия;
 Иные документы (*перечислить*): _____

Краткое описание произошедшего события (*наименование события, обстоятельства/место наступления, причина*): _____

Я даю согласие на обработку, хранение, передачу и использование предоставленных мною своих персональных данных с целью осуществления информационных почтовых и электронных рассылок, исходящего телефонного обзвона бессрочно до получения ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ» моего письменного уведомления об отказе от использования моих персональных данных.

 Подпись/расшифровка подписи

 дата