

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

от \_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_ Адрес

Тел. \_\_\_\_\_

Эл. Почта \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску «Последствия операций»:**

Я, \_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя, отчество

Документ: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан (кем/когда) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ являющийся(ая) Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем, законным представителем Застрахованного лица, представителем Выгодоприобретателя по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., в связи с наступлением риска «Последствия операций» «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., прошу причитающуюся мне сумму страховой выплаты перевести на мой (иначе указать ФИО получателя) счет № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ФИО получателя и реквизиты банка (ИНН, наименование, корр. Счет, расч. Счет, БИК)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- Договор страхования (страховой полис/страховой сертификат);
- Документ удостоверяющий личность заявителя (копия паспорта гражданина РФ, копия свидетельства о рождении, копия иностранного паспорта с нотариально заверенным переводом, вид на жительство, паспорт моряка, дипломатический паспорт гражданина РФ, военный билет, паспорт гражданина СССР, свидетельство о регистрации ходатайства иммигранта о признании его беженцем, удостоверение беженца в Российской Федерации);
- Согласие на обработку персональных данных Заявителя;
- Выписка из амбулаторной карты;
- Выписка из истории болезни;
- Копия протокола оперативного вмешательства;
- Копия истории болезни;
- Заключение врача (невролога, кардиолога, хирурга, терапевта, травматолога, ортопеда, стоматолога, офтальмолога, гинеколога, отоларинголога, пульмонолога, уролога, пластического хирурга, реаниматолога, акушера, нейрохирурга, эндокринолога);
- Копия заключения врачебной комиссии;
- Заключение судебно-медицинской экспертизы;
- Иные документы: \_\_\_\_\_

Краткое описание произошедшего события:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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