

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

от _____
 Фамилия, имя, отчество

_____ Адрес

Тел. _____

Эл. Почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску «Утрата профессиональной трудоспособности»:

Я, _____
 Фамилия, имя, отчество

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

_____ являющий(ая)ся Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем, законным представителем Застрахованного лица, представителем Выгодоприобретателя по договору № _____ от _____ г., в связи с наступлением утраты профессиональной трудоспособности «_____» _____ 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;
- Нотариально удостоверенная копия справки МСЭ об инвалидности;
- Копия направления на медико-социальную экспертизу;
- Копия акта медико-социальной экспертизы;
- Копия протокола медико-социальной экспертизы;
- Копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- Выписка из амбулаторной карты;
- Выписка из истории болезни;
- Копия листка временной нетрудоспособности;
- Копия заключения врачебной комиссии;
- Результаты гистологического, цитологического, рентгенологического, УЗИ, МРТ, КТ исследования;
- Заключение врача (кардиолога, невролога, онколога, инфекциониста, терапевта, хирурга, нейрохирурга, реаниматолога, пульмонолога, эндокринолога, отоларинголога, психиатра, нарколога, ревматолога, офтальмолога, гинеколога, уролога, акушера, травматолога, ортопеда, стоматолога);
- Копия заключения судебно-медицинской экспертизы;
- Акт о несчастном случае на производстве;
- Копия акта о расследовании несчастного случая на производстве;
- Копия справки о дорожно-транспортном происшествии;
- Копия протокола дорожно-транспортного происшествия;
- Результаты освидетельствования на наличие алкогольного опьянения;
- Копия водительского удостоверения и паспорта транспортного средства;
- Копия постановления о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела;
- Копия постановления о признании лица потерпевшим;
- 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