

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

От \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя, отчество

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Эл. почта \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску  
 «Критическое заболевание»:**

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

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

- Застрахованным лицом;
  - Выгодоприобретателем
  - законным представителем Застрахованного лица;
  - представителем по доверенности,
- по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., в связи с диагностированием критического заболевания « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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;
- Приложение к заявлению с описанием произошедшего события
- Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз);
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- Результаты рентгенологического, УЗИ, МРТ, КТ исследования;
- Результаты диагностики (биопсия, кардиограмма, ЭхоКГ и т.д.);
- Заключение врача (невролога, кардиолога, хирурга, терапевта, стоматолога, нейрохирурга, реаниматолога, офтальмолога, гинеколога, отоларинголога, пульмонолога, уролога) в области медицины наиболее соответствующей установленному диагнозу;
- 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