



От _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

(Проживающего(-ей) по адресу)

(телефон, e-mail)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшим с застрахованным:

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения застрахованного лица)

Отношение заявителя к застрахованному: _____
(страхователь, выгодоприобретатель, законный представитель, степень родства)

Полис/Договор страхования № _____ от _____

Дата события: _____ Время наступления события: _____

Описание события (заполняется в произвольной форме):

Причина наступления события: _____

Диагноз: _____

Медицинское учреждение, где Застрахованному лицу была оказана медицинская помощь:

Первичная медицинская помощь _____
(указать название учреждения)

Стационарное лечение _____
(указать название учреждения)

Амбулаторное лечение _____
(указать название учреждения)

Состояние здоровья Застрахованного лица на момент наступления страхового события

(указать имеющиеся заболевания, в том числе хронические)

Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами? _____

Проводился ли тест на алкоголь? _____ Результат _____
(да/нет)

_____/_____/_____
(подпись) (число, месяц, год)

Заполняется в случае смерти Застрахованного лица

Место смерти Застрахованного лица _____

Сведения о медицинском учреждении (в случае смерти в медицинском учреждении):

* указываются даты начала и окончания срока пребывания в РФ;
** указываются даты начала и окончания срока действия права пребывания(проживания).

Название _____
Адрес _____
ФИО руководителя _____
Проводилось ли вскрытие? _____

Сведения об учреждении, где проводилось вскрытие:

Название _____
Адрес _____
ФИО руководителя _____

Данные выгодоприобретателя (получателя страхового возмещения):

Гражданство (при наличии второго указать) _____ ИНН _____
Дата и место рождения _____
Адрес регистрации _____
Адрес места жительства (при отличии) _____
Телефон _____ e-mail _____

Вид документа, удостоверяющий личность:

<input type="checkbox"/> Паспорт гражданина РФ	<input type="checkbox"/> Паспорт иностранного гражданина	<input type="checkbox"/> Иной документ	_____
Серия (при наличии) и номер	_____	Дата выдачи	_____
Код подразделения (при наличии)	_____	Орган, выдавший документ	_____

Миграционная карта (для иностранного гражданина или лица без гражданства, находящегося на территории РФ)

Номер карты	_____	Срок пребывания в РФ *	_____
-------------	-------	------------------------	-------

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

Серия (если имеется) и номер	_____	Право пребывания (проживания) **	_____
------------------------------	-------	----------------------------------	-------

_____/_____/20_____
(подпись) (число, месяц, год)

безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)

ФИО получателя	_____	Наименование банка	_____
Расчетный (лицевой) счет получателя	_____	ИНН банка	_____
Указать номер счета	_____	БИК банка	_____
Карточный счет получателя	_____	К/ счет банка	_____
(номер счета, указанный на пластиковой карте)	_____	Расчетный счет банка	_____

* указываются даты начала и окончания срока пребывания в РФ;

** указываются даты начала и окончания срока действия права пребывания(проживания).

зачислить в счет очередных платежей

(номер полиса, сумма перевода)

против информирования о статусе рассмотрения заявления по указанным мною контактными данными (в том числе предоставления сведений о размере выплат) не возражаю.

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество)

настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинского учреждения, бюро медико-социальной экспертизы, Фонду обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей или Застрахованного истории заболевания, моем или Застрахованного физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости ООО «СК «Альянс Жизнь».

Я разрешаю ООО СК «Альянс Жизнь» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» выражаю свое согласие на обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, следующих персональных данных («Персональные данные»): ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц рождения, пол; паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт, и его копия); контактные телефоны (мобильный, домашний, служебный), адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, ИНН, номер банковского счета и банковской карты, реквизиты банка, доходы и иной доступной либо известной информации в любой конкретный момент времени из открытых источников, оператору Персональных данных («Оператор») – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д.30, в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного Договора; осуществления информационного сопровождения исполнения Договора, путем осуществления прямых контактов со мной с помощью различных средств связи, включая, но, не ограничиваясь, электронная почта, информационно-коммуникационные сервисы, телефон, почта и учета предоставленной мной информации в базах данных, выражаю свое согласие и разрешаю Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение). Я соглашаюсь с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку, включая трансграничную передачу, Персональных данных третьим лицам, а именно: АО СК «Альянс» с местоположением по адресу: 115184, Россия, г. Москва, Озерковская набережная, д.30; Альянс Технолджи SE с местоположением по адресу 81737, Германия, г. Мюнхен, ул. Фритц-Шеффер, д.9; компаниям группы Альянс; контрагентам Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора. Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора. Настоящее Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 5 (Пяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях. Настоящее Согласие может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора.

/ /20

(число, месяц, год)

(подпись)

(Фамилия, Имя, Отчество)

Заявление принял:

(ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)

* указываются даты начала и окончания срока пребывания в РФ;

** указываются даты начала и окончания срока действия права пребывания (проживания).