



СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Общество с ограниченной ответственностью
Страховая Компания «Гелиос»
ИНН 7705513090 КПП 231001001
ОГРН 1047705036939 ОКПО 17752359
350015, Краснодар, Новокузнецкая, 40, оф. 68
8 800 1 007 007 +7 (861) 212-64-10
COMPANY@SKGELIOS.RU SKGELIOS.RU

В ООО Страховая Компания «Гелиос»
От _____

Паспорт серии _____ № _____
Выдан _____

Адрес: _____

Телефон: _____
e-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выплате страхового обеспечения / возмещения**

Договор /Полис страхования: № _____ от « ___ » ____ 20 ___ г.

Страхователь: _____

Застрахованное лицо: _____

Дата рождения Застрахованного: _____

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

являясь (верное отметить): Застрахованным, Законным представителем
Застрахованного лица, наследником по Договору страхования,
Выгодоприобретателем по Договору страхования, Страхователем,

прошу произвести выплату страхового возмещения /обеспечения по Договору /Полису
страхования в связи с произошедшим « ___ » ____ 20 ___ г. событием,
(указать дату события)

имеющим признаки страхового случая, а именно: _____

(краткое описание события: (риск (случай), диагноз)

Место происшествия: _____

Событие произошло при следующих обстоятельствах: _____

Дата и время обращения в медицинское учреждение: " ___ " ____ 20 ___ г.
Наименования и адреса медицинских учреждений, в которых была оказана помощь (в
случае смерти лица указать наименования и адреса всех лечебных учреждений, в
которых наблюдался Застрахованный): _____

**Достоверность сообщенных мною сведений в настоящем заявлении подтверждаю.
(дата, подпись)**

Выплату страхового возмещения/ обеспечения прошу произвести:



путем перечисления денежных средств на счет:

Получатель: _____

Наименование Банка получателя _____

Счет получателя:

ИНН Банка получателя:

БИК Банка получателя:

Корреспондентский счет:

КПП:



путем выплаты наличными через кассу ООО Страховая Компания «Гелиос».

В соответствии с условиями Договора /Полиса страхования, Правилами страхования к заявлению прилагаются следующие документы (выбрать верное):

- Договор страхования /Страховой Полис №_____;
- Документы, удостоверяющий/ие личность Получателя страховой услуги (Застрахованного, Выгодоприобретателя, Наследника по Закону/ по Завещанию);
- Документы, подтверждающие причины возникновения заявленного события:

1. _____ ;
 2. _____ ;
 3. _____ ;
 4. _____ ;
 5. _____ ;
 6. _____ ;
 7. _____ ;
 8. _____ ;
 9. _____ ;

Я уведомлен и согласен, что урегулирование заявленного события производится в соответствии с Условиями Договора /Полиса страхования, положениями Правил страхования, на основании которых был заключен Договор страхования.

(дата, подпись)

Я, _____,

(Ф.И.О., дата рождения)

являясь (верное отметить): Застрахованным, Законным представителем
Застрахованного лица, наследником, Выгодоприобретателем по Договору
страхования, Страхователем,

(Ф.И.О. Застрахованного, дата рождения)

Настоящим Заявлением даю разрешение ООО Страховая Компания «Гелиос» на проверку представленных мной документов, а также на получение от моего имени в правоохранительных органах, в органах записи актов гражданского состояния, федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, Страховых Компаниях, Фондах обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальных), любых лечебно-профилактических или особого типа учреждений здравоохранения и/или частных врачей, у которых застрахованное лицо проходит и/или проходило лечение, находится и/или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозе застрахованного лица, иных сведений, полученных при медицинских обследованиях и лечении, в том числе включая право получать оригиналы и заверенные копии выписок из амбулаторных и стационарных карт, собирать любую иную информацию, касающуюся событий, обладающих признаками страхового случая и произошедших в течение срока действия Договора. При этом врачи, иные должностные лица вышеуказанных учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении данных о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах и о случаях обращения в медицинские учреждения за медицинской помощью.

Я уполномочиваю любое вышеуказанное учреждение и/или врача, лиц иных компетентных учреждений (органов записи актов гражданского состояния, Бюро СМЭ, учреждений МВД и т. д.) владеющих записями о моем здоровье, передавать Страховщику по его запросу любую информацию, включая первичную медицинскую документацию, если вопрос связан с рассмотрением Страховщиком заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

Подписывая настоящее Заявление, я выражаю своё согласие на осуществление обработки (сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе – передачи), обезличивания, блокирования и уничтожения), в том числе – автоматизированного, своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласиедается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика для осуществления информационного сопровождения, информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласиедается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в целях оказания услуг или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных данных в целях включения в клиентскую базу данных ООО Страховая Компания «Гелиос», участия в маркетинговых и рекламных акциях. Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора страхования, включая период хранения данных по договорам страхования.

Согласие предоставляется с момента подписания настоящего Заявления и действует до достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено федеральными законами. Настоящее согласие может быть отозвано при предоставлении заявления в письменной форме.

Подписание настоящего заявления не означает признание Страховщиком факта наступившего события страховым случаем.

_____ / _____
(Подпись) (Ф.И.О.)

Дата «___» 20__ г.

Должностное лицо Страховщика, принявшее Заявление и документы:

Территориальное подразделение Страховщика: _____

Ф. И. О., должность: _____

_____ / _____
(Подпись) (Ф.И.О.)

Дата «___» 20__ г.