



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)**



Получатель: \_\_\_\_\_

Наименование Банка получателя

[illegible][illegible]

БИК Банка получателя: 

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

☐ 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 согласие дается 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 согласие дается 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) Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.