

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

От _____

 Фамилия, имя, отчество

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Эл. почта _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску
 «Проведение хирургической операции»:**

Я, _____

 Фамилия, имя, отчество

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

- Застрахованным лицом;
 - Выгодоприобретателем
 - законным представителем Застрахованного лица;
 - представителем по доверенности,
- по договору № _____ от _____ г., в связи с проведением хирургической операции «_____» _____ 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;
- Копия направления на госпитализацию;
- Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз);
- Копия протокола оперативного вмешательства;
- Заключение врача (кардиолога, невролога, онколога, инфекциониста, терапевта, хирурга, нейрохирурга, реаниматолога, пульмонолога, эндокринолога, отоларинголога, психиатра, нарколога, ревматолога, офтальмолога, гинеколога, уролога, акушера, травматолога, ортопеда, стоматолога);
- Выписка из медицинской карты амбулаторного больного;
- Копия листка нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности учащегося (копия листка нетрудоспособности заверяется работодателем, копия справки – медицинским или образовательным учреждением);
- 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