

В ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

От _____

Фамилия, имя, отчество

Адрес фактического проживания _____

Телефон _____

Эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату по риску «Профессиональная непригодность»:

Я, _____

Фамилия, имя, отчество

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

- Застрахованным лицом;
 - Выгодоприобретателем;
 - представителем по доверенности,
- по договору № _____ от _____ г., в связи с наступлением утраты профессиональной трудоспособности «_____» _____ 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):

- Копия договора страхования, страхового полиса или страхового сертификата;
- Документ удостоверяющий личность Заявителя;
- Согласие на обработку персональных данных Заявителя;
- Копия заключения врачебно-экспертной комиссии о профессиональной непригодности к работе (с приложением заключений врачей-специалистов и указанием диагнозов заболеваний), выданная соответствующим компетентным органом, заверенная лечебным учреждением, выдавшим заключение, и отделом кадров работодателя Застрахованного лица
- копия приказа об увольнении/переводе на другую работу Застрахованного лица в связи с его профессиональной непригодностью, заверенная отделом кадров работодателя Застрахованного лица
- Копия заключения врачебно-экспертной комиссии (с приложением заключений врачей-специалистов и указанием диагнозов заболеваний), которое было дано по результатам прохождения Застрахованным лицом последней до заключения Договора страхования врачебно-экспертной комиссии, выданная соответствующим компетентным органом, заверенная лечебным учреждением, выдавшим заключение, и отделом кадров работодателя Застрахованного лица;
- Выписка из амбулаторной карты с указанием имеющихся у Застрахованного лица заболеваний и дат их диагностирования, а также информации о заболевании (несчастном случае), послужившем причиной утраты профессиональной непригодности к работе, дате диагностирования данного заболевания (несчастного случая), результатов проведенных исследований, продолжительности и результатов лечения, с указанием номера пунктов (статей) перечня медицинских противопоказаний к работам, в соответствии с которым был установлен факт профессиональной непригодности к работе
- Выписка из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз);
- Заверенная копия предусмотренного законодательством документа, выданного соответствующим уполномоченным органом, достоверно свидетельствующего о факте и обстоятельствах наступления события, послужившего причиной профессиональной непригодности к работе Застрахованного лица (акт о несчастном случае на производстве/о случае профессионального заболевания, решение суда по уголовному/административному делу), если обстоятельства наступления страхового случая подлежали расследованию в соответствии с законодательством РФ
- 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