

ДЕЛО ЖИЗНИ

страховая компания

125167, Москва, а/я 78
тел: +7 (495) 967-13-01
e-mail: info@prolife.ru www.prolife.ru

Генеральному директору ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ»

от _____

Фамилия. Имя. Отчество полностью

дата рождения: « ____ » _____ г.

адрес для корреспонденции _____

Вход.№ _____

индекс, адрес контактный тел. _____

e-mail: _____

являющегося (ейся) Застрахованным лицом / Страхователем /

Выгодоприобретателем /законным представителем Выгодоприобретателя

нужное подчеркнуть по Договору (договорам) _____

указать вид страхования (страхование жизни и/или страхование от НС и болезней)

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

Прошу рассмотреть вопрос о выплате страхового обеспечения по страховому событию, предусмотренному договором (договорами) страхования

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от « ____ » _____ г.

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от « ____ » _____ г.

Полис серии _____ № _____ Карта клиента _____ от « ____ » _____ г.

Страховое событие _____

Временная нетрудоспособность, телесные повреждения (травмы), инвалидность, смерть в результате несчастного случая или болезни

Кто является

пострадавшим _____

Фамилия, имя, отчество

Дата и обстоятельства

события _____

Впервые по поводу травмы обратился (обратилась) « ____ » _____ 20 ____ г.

в _____

наименование медицинского учреждения, его адрес

В дальнейшем лечился (лечилась) в _____

наименование медицинского учреждения, его адрес

с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г.

ДИАГНОЗ _____

По факту получения телесных повреждений при ДТП / вследствие неправомерных действий третьих лиц *сообщил / сообщено* « ____ » _____ 20 ____ г.

в _____

наименование компетентного органа, его адрес

Госпитализация Застрахованного лица/Застрахованного лица (Страхователя) в результате несчастного случая

- копия листка/листочков нетрудоспособности/справки об освобождении от учёбы (учетная форма 095/у) из лечебного учреждения, где проводилось лечение
- медицинский документ о первичном обращении по поводу заявленного события
- медицинская карта амбулаторного больного с информацией о дате обращения, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения (если имело место амбулаторное лечение);
- медицинская карта стационарного больного с информацией о дате обращения по поводу заявленного события, анамнезе, диагнозе, проведенном обследовании, лечении и сроках лечения;
- выписной эпикриз из медицинской организации, в которой было проведено стационарное лечение в связи с несчастным случаем;
- результаты диагностических исследований (КТ, МРТ, УЗИ, электроэнцефалограммы, рентгенологические исследования, включая рентгенограммы, гистологические исследования и другие проведенные исследования).

ПРИМЕЧАНИЕ. Документы должны быть предоставлены в виде оригиналов или копий, заверенных подписью уполномоченного на то лица и печатью выдавшего учреждения.

*** Страховщик вправе запросить документы, не указанные в настоящем перечне, но предусмотренные Правилами страхования, необходимые для принятия решения по конкретному событию.**

« __ » 20 __ г. Подпись Заявителя _____ / _____ /
Фамилия И.О.

Я, Застрахованное лицо / законный представитель Застрахованного лица (нужное подчеркнуть) _____

ФИО Застрахованного лица или законного представителя Застрахованного лица полностью

настоящим даю согласие ООО СК «ДЕЛО ЖИЗНИ» на получение информации об обстоятельствах наступления заявленного события, включая медицинскую информацию.

« __ » _____ 20 __ г. Подпись Заявителя _____ / _____ /
Фамилия И.О.