

(Ф.И.О./наименование организации)
Контактный тел. _____

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

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о страховом случае по риску смерти по полису комплексного ипотечного страхования

Заявление заполняется выгодоприобретателем по полису.

Заполняются те графы, факты по которым известны выгодоприобретателю (подателю заявления).

Если данных не имеется, в соответствующих графах вписывается «не имею данных».

ЧАСТЬ 1 – ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

1. Номер полиса.	№ _____
2. Фамилия, имя, отчество.	_____
3. Дата и место рождения.	_____
4. Место работы и должность.	_____
5. Адрес последнего места проживания.	_____

ЧАСТЬ 2 – ДЕТАЛИ СМЕРТИ

1. Дата и место наступления смерти (если смерть произошла в медицинском учреждении, укажите полный адрес и наименование медицинского учреждения).	_____
2. Укажите название и адрес учреждения, выдавшего медицинское заключение о причине смерти.	_____
3. Где был зарегистрирован факт смерти?	_____

Если смерть наступила в результате несчастного случая, то заполните Часть 4 Заявления, если смерть наступила в результате болезни – Часть 3 Заявления.

ЧАСТЬ 3 – ДЕТАЛИ БОЛЕЗНИ, ПОСЛУЖИВШЕЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ

1. Укажите, когда Застрахованный впервые обратился к врачу по поводу этого заболевания, медицинские учреждения, где он консультировался и проходил лечение (название и адрес).	_____
2. Адрес поликлиники или иного учреждения, где Застрахованный состоял на учете или проходил консультации и лечение по поводу любых заболеваний, в течение последних 5 лет, которые могли бы внести ясность в состояние здоровья Застрахованного накануне страхового случая.	_____
3. Проводилось ли вскрытие, укажите результаты, дату, кто проводил и адрес, по которому можно уточнить детали.	_____

ЧАСТЬ 4 – СМЕРТЬ КАК РЕЗУЛЬТАТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

1. Подробно опишите, как произошел несчастный случай, дату, место.	_____
2. Имена и адреса вовлеченных в это происшествие персон.	_____
3. Сведения о вовлеченных в это происшествие транспортных средствах (марка, модель, регистрационный знак), механизмах.	_____
4. Проводилось ли расследование с привлечением милиции?	_____
5. Укажите имена (названия) тех персон и учреждений, которые составляли акты и проводили дознание.	_____
6. Результаты дознания.	_____
7. Когда и в какое медицинское учреждение был доставлен Застрахованный.	_____

8. Укажите ФИО врача, который наблюдал Застрахованного во время оказания первой помощи и лечения, и адрес учреждения.	
9. Проводилось ли вскрытие, укажите результаты, дату, кто проводил и адрес, по которому можно уточнить детали.	

ЧАСТЬ 5 – ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

1. Фамилия, имя, отчество.	
2. Контактный телефон.	
3. Адрес электронной почты.	
4. Индекс и адрес места проживания.	

К Заявлению приложены следующие документы:

Я, _____,

(Ф.И.О.)

даю согласие ООО «МСК «АйАйСи», в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях осуществления страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по договору страхования, администрирования договора страхования, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
(дата заявления) (подпись) (Ф.И.О.)

«__» _____ 20__ г. _____ / _____
(дата приема заявления) (подпись) (Ф.И.О. сотрудника, принявшего заявление)