

Заявление на страховую выплату



Заявление на двух листах. Все поля обязательны для заполнения (при отсутствии данных заполняется «нет» или «не имею»)

№ Полиса/Договора	<input type="text"/>
Заявитель	<input type="text"/>
Застрахованное лицо	<input type="text" value="Ф. И. О. полностью"/>
Выгодоприобретатель	<input type="text"/>

Данные Получателя выплаты (Выгодоприобретателя или Заявителя)

Получатель выплаты	<input type="text"/>		
Дата рождения	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>	Место рождения	<input type="text"/>
Место работы/ Наименование организации	<input type="text"/>		
Должность/ Описание служебных обязанностей	<input type="text"/>		

Паспортные данные

Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>	
Кем выдан	<input type="text"/>				Код подразделения	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/>			
Имеющиеся гражданства*	<input type="text" value="Укажите все страны"/>	Виды на жительство	<input type="text" value="Укажите все страны"/>			

* Для иностранных граждан и лиц без гражданства в обязательном порядке предоставляются миграционная карта и документ, подтверждающий право пребывания лица на территории РФ.

Адрес регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>		
Область/край/ республика	<input type="text"/>						
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

Адрес проживания (адрес для корреспонденции), если отличается от адреса регистрации

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Город	<input type="text"/>		
Область/край/ республика	<input type="text"/>						
Улица	<input type="text"/>	Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

Контактная информация

Телефон мобильный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
Телефон контактный	код страны	<input type="text"/>	код	<input type="text"/>	№	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>					

Банковские реквизиты Получателя выплаты

Внимание! Неполные или некорректно указанные банковские реквизиты могут привести к задержке страховой выплаты.

Банк Получателя	<input type="text"/>
ИНН банка	<input type="text"/>
БИК банка	<input type="text"/>
Корр/с банка	<input type="text"/>
Р/с банка (в случае наличия Л/с или номера карты Получателя)	<input type="text"/>
Р/с Получателя	<input type="text"/>
Ф. И. О. Получателя	<input type="text"/>
	Ф. И. О. Получателя полностью в именительном падеже
Л/с или номер карты Получателя (обязателен для заполнения, если указан р/с Банка)	<input type="text"/>
	20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт лицевой счет

<input type="text"/>	Дата	<input type="text" value="Д Д М М Г Г Г Г"/>
(Ф. И. О. Заявителя)	(подпись Заявителя)	

Информация о страховом событии

Несчастный случай Заболевание

Дата события

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

Укажите время, место, описание события, полный диагноз и дату диагностирования

Лечебное учреждение, куда обращались

Ф. И. О. лечащего врача

Отметьте риски, по которым Вы подаете Заявление в соответствии с Договором страхования/ Спецификацией Полиса (поля не обязательны для заполнения):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Госпитализация с _____ по _____ | <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Перелом | <input type="checkbox"/> Недобровольная потеря работы |
| <input type="checkbox"/> Хирургическая операция / вмешательство | <input type="checkbox"/> Постоянная полная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Мелкая травма | <input type="checkbox"/> Постоянная частичная нетрудоспособность |
| <input type="checkbox"/> Телесное повреждение | <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> I группа <input type="checkbox"/> II группа <input type="checkbox"/> III группа |
| <input type="checkbox"/> Диагностирование или наступление критического заболевания или состояния | <input type="checkbox"/> Смерть |
| <input type="checkbox"/> Ожог | <input type="checkbox"/> Иное _____ |
| <input type="checkbox"/> «Освобождение от уплаты страховых взносов»/ «Защита страхового взноса при страховании ребенка» | |

К данному Заявлению прилагаются документы (в скобках указать форму документа: оригинал/ заверенная копия/ копия):

1	5
2	6
3	7
4	8

- Заявляю, что вся информация, предоставленная мной в Заявлении на страховую выплату, достоверна и полна в соответствии с моими знаниями и убеждениями.
- Я даю свое согласие на то, что АО «МетЛайф» (далее также – Страховщик) с целью проверки сведений вправе запрашивать и получать любую информацию и документы о состоянии моего здоровья или здоровья Застрахованного лица в любых медицинских учреждениях (организациях), в т.ч. в лечебно-профилактических учреждениях, фонде социального страхования и других страховых компаниях.
- Настоящим я разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению здравоохранения, страховым медицинским организациям, территориальным и федеральному фонду ОМС, бюро МСЭ, органам исполнительной власти, правоохранительным органам, работодателю, имеющим информацию о наступлении страхового события, проведенном лечении, истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе лечения в отношении меня или Застрахованного лица, предоставлять ее в случае необходимости в АО «МетЛайф».
- Настоящим я предоставляю АО «МетЛайф», расположенному по адресу: 127015, г. Москва, ул. Бутырская, 76, стр. 1, и его партнерам право на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, передачу (в том числе предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации), на трансграничную передачу в страны, обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, всех моих персональных данных (в том числе персональных данных о состоянии здоровья и/или содержащих врачебную тайну, и/или сведений, содержащихся в Договоре страхования, а также данных, содержащихся в документах, предоставляемых мной в связи с наступлением страхового события), необходимых для осуществления Страховщиком страховой деятельности (в том числе, для заключения и дальнейшего исполнения Договора страхования (в том числе, для урегулирования убытков, информировании меня о решениях, принимаемых по моим обращениям, действиях, совершаемых Страховщиком в связи с направленными мной обращениями), перестрахования рисков), а также в целях предоставления мне с помощью средств связи (в том числе по сетям электросвязи (телефону, факсу, мобильной связи и электронной почте и т. д.)) информации об исполнении Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком. Информация о партнерах Страховщика (их наименования, адреса и цели обработки персональных данных), которым АО «МетЛайф» может передать мои персональные данные в соответствии с настоящим согласием, размещена на официальном сайте АО «МетЛайф» по адресу: <http://www.metlife.ru/> и/или может быть мне предоставлена на основании отдельного письменного запроса. Настоящим я также предоставляю АО «МетЛайф» право передавать на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, извлечение, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе без использования средств автоматизации)) компании Metropolitan Life Insurance Company, адрес: USA, New York, 1095, Avenue of the Americas, мои персональные данные (фамилию, имя, отчество, пол, адрес, дату рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, род деятельности, реквизиты заключенного Договора страхования) для целей выполнения группой компаний MetLife требований по соблюдению законодательства в области противодействия легализации доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма, а также в области осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами. Давая согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Настоящее согласие дается на весь срок действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после прекращения действия Договора страхования и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления.
- Настоящим подтверждаю, что я, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель (-ли) не являемся лицами, в отношении которых установлены и действуют экономические и/или политические программы санкций или ограничения, предусмотренные решениями компетентных органов Российской Федерации, Организации Объединенных Наций, Европейского союза, США и иных стран и организаций, а также не являюсь (-емся) лицом (-ами), внесенным (-и) в списки лиц, подверженных санкциям в связи с легализацией (отмыванием) доходов, террористической и иной незаконной деятельностью, формируемые указанными странами и организациями, и соглашаюсь с тем, что предоставление страхового покрытия, страховые выплаты или иные платежи в отношении лиц, на которых распространяются программы санкций, или которые внесены в списки лиц, подверженных санкциям, будут сделаны только при условии получения соответствующего разрешения органа, установившего санкцию/ограничение.
- Во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 07.08.2001 № 115-ФЗ настоящим я подтверждаю, что не являюсь иностранным публичным должностным лицом*, должностным лицом публичной международной организации, лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности Федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, или должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также их супругом (-ой) и близким родственником. В ином случае обязуюсь заполнить «Заявление о принятии на обслуживание должностного лица» или «Уведомление о родстве с должностным лицом». Также я подтверждаю, что не имею Бенефициарных владельцев (физических и юридических лиц, предусмотренных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ) и действую от собственного имени и в своих интересах. В ином случае обязуюсь заполнить «Уведомление о Бенефициарных владельцах».
- Я согласен, что АО «МетЛайф» вправе удерживать сумму задолженностей по Договору перед АО «МетЛайф» из причитающихся мне страховых выплат.

* Под иностранным публичным должностным лицом понимается любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия.

Дата

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---

(Ф. И. О. Заявителя)

(подпись Заявителя)