



**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о наступлении страхового события**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО),  
являясь Страхователем / Законным представителем Застрахованного лица/ Выгодоприобретателем / Наследником  
Застрахованного лица (нужное подчеркнуть) по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

уведомляю ЗАО «Русский Стандарт Страхование» о наступлении следующего события:

**Событие:** Несчастный случай, повлекший Инвалидность Застрахованного лица / Телесные повреждения и/или  
Хирургические операции Застрахованного лица/ Госпитализацию в результате Несчастного случая (нужное подчеркнуть)

**Дата события:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Место события:** \_\_\_\_\_

**Причина и обстоятельства события (что и как произошло):**

---

---

---

---

---

**Для подтверждения Страхового случая прилагаю следующие документы** (приложенные документы необходимо  
отметить «галочкой»):

**В случае установления Застрахованному лицу впервые Инвалидности:**

- копию Договора страхования;
- документ, подтверждающий, что лицо, обратившееся за получением Страховой выплаты, является законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица: свидетельство о рождении ребенка; справку о назначении опекуном из органов опеки; документ об усыновлении; копию паспорта заявителя;
- нотариально заверенную копию справки МСЭ о присвоении Застрахованному лицу впервые Инвалидности в категории «ребенок-инвалид»;
- копию направления на МСЭ, заверенную бюро МСЭ, содержащего полный диагноз, ставший причиной установления группы инвалидности;
- в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенную копию документа, подтверждающего обстоятельства Несчастного случая, приведшего к установлению Инвалидности, а именно: акт о травме во время тренировки/соревнования; акт о травме на производстве; акт о пожаре; акт МЧС о несчастном случае; постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; решение суда; акт об аварии на воздушном/наземном/водном транспорте, протокол правоохранительных органов с места ДТП; заключение судебно-медицинской экспертизы; при отсутствии вышеперечисленных документов, справку из лечебного учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью, содержащую сведения об обстоятельствах несчастного случая.
- выписку из медицинской карты амбулаторного больного и/или выписной эпикриз стационарного больного из лечебного учреждения, осуществлявшего лечение пациента в связи с Несчастливым случаем, ставшим причиной установления Инвалидности. В документе должны быть указаны: дата и обстоятельства Несчастного случая, проведенное лечение, клинический диагноз, период лечения.

Иные документы (указать) \_\_\_\_\_

---

---

---

**В случае Телесных повреждений и/или Хирургических операций, или при Госпитализации Застрахованного лица в результате Несчастного случая:**

- копию Договора страхования;
- документ, подтверждающий, что лицо, обратившееся за получением Страховой выплаты, является законным представителем несовершеннолетнего Застрахованного лица: свидетельство о рождении ребенка; справку о назначении опекуном из органов опеки; документ об усыновлении; копию паспорта заявителя;
- при амбулаторном лечении: справку из травматологического пункта и/или выписку из медицинской карты амбулаторного больного (Застрахованного лица) с указанием, обстоятельств и даты получения травмы, результатов обследования,

полного перечня установленных диагнозов, периода лечения, заверенную подписью руководителя медицинского учреждения, выдавшего документ, и печатью лечебного учреждения.

при стационарном лечении выписку (выписной эпикриз) из истории болезни, стационара, куда было доставлено Застрахованное лицо для оказания первой медицинской помощи/продолжения лечения с указанием обстоятельств и даты получения травмы, результатов обследования, клинического диагноза, проведенного лечения и периода лечения;

рентгенограммы с заключением (при переломах любой локализации); заключения МРТ, УЗИ, КТ, подтверждающие диагноз (если проводились в связи с Несчастливым случаем);

в зависимости от обстоятельств события, оригинал или заверенная копия документа, подтверждающего обстоятельства несчастного случая, а именно: акт о травме во время тренировки/ соревнования; акт о травме на производстве; акт о пожаре; акт МЧС о несчастном случае; постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела; решение суда; акт об аварии на воздушном/наземном/водном транспорте, протокол правоохранительных органов с места ДТП; заключение судебно-медицинской экспертизы; при отсутствии вышеперечисленных документов, справку из лечебного учреждения по месту первичного обращения за медицинской помощью, содержащую сведения об обстоятельствах несчастного случая.

Иные документы (указать) \_\_\_\_\_

### Реквизиты для перечисления страховой выплаты.

Прошу произвести страховую выплату по следующим банковским реквизитам:

ФИО получателя	
Название Банка	
ИНН	
Кор. Счет	
БИК	
№ счета получателя	

Подписывая настоящее заявления, я даю свое согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица ЗАО «Русский Стандарт Страхование» (107023, г. Москва, Малая Семеновская ул., д.9, стр.1), и ЗАО «Банк Русский Стандарт» (г. Москва, ул. Ткацкая, д.36).

Я даю согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу (включая трансграничную передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение) моих персональных данных и персональных данных Застрахованного лица. Такое согласие дается мной:

- на обработку персональных данных любым способом, в том числе как с использованием средств автоматизации (включая программное обеспечение), так и без использования средств автоматизации (с использованием различных материальных носителей, включая бумажные носители);

- в отношении любой информации, относящейся ко мне и Застрахованному лицу, полученной как от меня, так и от третьих лиц, включая: фамилию, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, дату рождения, пол, адрес места жительства, адрес места пребывания, семейное положение, номера контактных телефонов и адрес электронной почты, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, в частности данных, касающихся состояния здоровья Застрахованного лица и данных составляющих врачебную тайну;

- для цели исполнения Договора страхования, продвижения продуктов (услуг) Страховщика на рынке, равно как продвижения совместных продуктов Страховщика и/или продуктов (товаров, работ, услуг, результатов интеллектуальной деятельности) третьих лиц – партнеров Страховщика;

- на весь срок моей жизни в отношении меня и на срок жизни Застрахованного лица – в отношении Застрахованного лица, при этом я понимаю, что могу отозвать свое согласие посредством направления Страховщику письменного уведомления, а после того, как Застрахованное лицо станет полностью дееспособным – такое лицо может отозвать настоящее согласие в его отношении посредством направления Страховщику письменного уведомления.

Также я даю согласие на получение от Страховщика рекламы продуктов Страховщика, совместных продуктов Страховщика и третьих лиц, в том числе по сетям электросвязи (включая телефонную связь), допускаю участие в опросах, проводимых с целью повышения качества предоставляемых мне услуг.

Документ, удостоверяющий личность Заявителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (указывается номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе )

Адрес места жительства Заявителя: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания Заявителя: \_\_\_\_\_

Телефон (с кодом города): \_\_\_\_\_, Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

ФИО Заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.