Генеральному директору Тарновскому А.Я.

**Заявление на выплату страхового обеспечения**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

являясь (необходимое подчеркнуть) Застрахованным/ Выгодоприобретателем/ наследником Застрахованного по закону по Договору страхования от несчастных случаев

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным (Ф.И.О):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_г.,

***Адрес****:*Индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Город\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*край, область улица, дом, корпус, квартира*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail и контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Паспорт***:\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*серия и номер* *Дата выдачи* *Кем выдан*

Событие произошло: «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Описание события: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(обязательная информация где, когда и как произошло, предварительный диагноз)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 1 из 2

Прошу выплатить страховое обеспечение: 🞎через кассу Страховщика 🞎на расчетный счет:

Банковские реквизиты для перечисления:

Р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лицевой счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. Застрахованного*)

с целью решения вопроса о страховой выплате, выражаю свое согласие и доверяю САО «ВСК» (далее по тексту – САО «ВСК»/Страховщик) и партнерам Страховщика, руководствуясь п. 3 ст. 13 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»\*, п. 8 ст. 10 Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации»\*\* и ст. 9, ст. 10 Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в целях проверки качества оказания медицинских услуг, урегулирования убытков по Договору и администрирования Договора, запрашивать и получать от моего имени в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, фондах обязательного медицинского страхования (в том числе территориальных), наркологических и психиатрических диспансерах, центрах СПИДа, любых лечебно-профилактических или особого типа учреждений здравоохранения и/или частных врачей, у которых я прохожу и/или проходил лечение, нахожусь и/или находился под наблюдением, страховых организациях (в том числе страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) (далее – Организации) сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинских обследованиях и лечении, в том числе включая право получать оригиналы и заверенные копии выписок из амбулаторных и стационарных карт, собирать любую иную информацию, касающуюся событий, обладающих признаками страхового случая и произошедших в течение срока действия Договора (далее – Информация, Сведения, Документы), а также, при необходимости, передавать сведения содержащие мои персональные данные, включая специальные категории, для проведения экспертизы по вопросам, касающимся страхового случая. При этом я выражаю свое согласие и доверяю врачам, руководителям и сотрудникам вышеуказанных Организаций предоставлять САО «ВСК» и партнерам Страховщика вышеперечисленную Информацию, Сведения, Документы. Я согласен(сна) с тем, что врачи, руководители и сотрудники вышеуказанных Организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении данных о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах и о случаях обращения в медицинские учреждения за медицинской помощью.

Настоящее согласие подписано лично и действует бессрочно (если иное не указано ниже), распространяется на Информацию, Сведения, Документы за весь период, включая период до заключения Договора.

\*Статья 13 п. 3 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях»;

\*\*Статья 10 п. 8 Закона РФ № 4015-1 от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации»: «Организации и индивидуальные предприниматели обязаны предоставлять страховщикам по их запросам документы и заключения, связанные с наступлением страхового случая и необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Настоящим даю согласие САО "ВСК" на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу) в вышеуказанные Организации, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в Заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.06г. №152-ФЗ "О персональных данных". Указанные данные предоставляются в целях исполнения обязательств, возникших вследствие наступления случая, имеющего признаки страхового. В соответствии с ФЗ №54-ФЗ кассовый чек при осуществлении перечисления страхового возмещения будет предоставлен в электронном виде на указанный номер телефона, адрес электронной почты. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего заявления и действительно в течение пяти лет после исполнения предусмотренных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в САО "ВСК".

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(Подпись)* *(Ф.И.О.)*

Руководитель государственного бюджетного учреждения

«Физкультурно-спортивного объединения

Юность Москвы» Москомспорта

(подпись ответственного лица от Страхователя)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

стр. 2 из 2