

от \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

В связи с присоединением к Группе Промсвязьбанка ООО «СМП-Страхование» 28 марта 2023 года изменило свое фирменное наименование на ООО «ПСБ Страхование». Смена наименования не влечет прекращения ранее заключенных договоров и не требует внесения изменений в договор - условия договоров, права и обязанности сторон остаются неизменными

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ**

Я, \_\_\_\_\_,

Страхователь,  Застрахованное лицо,  Выгодоприобретатель,  Наследник (нужное отметить )

по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (далее – Договор), прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением страхового случая, предусмотренного Договором:

<input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая или болезни
<input type="checkbox"/> Установление инвалидности в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Установление инвалидности в результате несчастного случая или болезни
<input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или болезни
<input type="checkbox"/> Телесные повреждения (травма) в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Диагностирование инфекционного/ паразитарного заболевания
<input type="checkbox"/> Госпитализация в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Госпитализация в результате несчастного случая или болезни
<input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Хирургическое вмешательство в результате несчастного случая или болезни
<input type="checkbox"/> Диагностирование критического (смертельно-опасного) заболевания	<input type="checkbox"/>

**СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ:**

Ф.И.О. (Полностью)	
Дата рождения	Дата наступления страхового случая
Обстоятельства/причины наступления несчастного случая/заболевания	

Факт страхового случая подтверждаю следующими документами (нужное отметить ):

Копия листка нетрудоспособности, справка формы 095/у	<input type="checkbox"/>
Выписка из истории болезни/ амбулаторной карты/ выписной эпикриз	<input type="checkbox"/>
Справка из медицинского или иного учреждения о первичном обращении	<input type="checkbox"/>
Рентгеновские снимки	<input type="checkbox"/>
Копия акта о несчастном случае на производстве (форма Н-1)	<input type="checkbox"/>
Копия справки МСЭ об установлении группы инвалидности, заверенная Бюро МСЭ	<input type="checkbox"/>
Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти	<input type="checkbox"/>

Иные документы:

Страховую выплату прошу перечислить на расчетный счет:	
Банк получателя	
Корр/счет	
ИНН	
БИК	
№ счета получателя	
Получатель (ФИО)	

Адрес проживания:		
индекс		
республика		
область		
город		
улица		
дом	корп.	кв.
тел: +7 ( )		
E-mail		

Пользуясь правом, предоставленным ст. 13 и ст. 22 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 я, разрешаю врачам медицинских учреждений (поликлиники, больницы, диспансеры и др.) предоставлять информацию о своем заболевании (о его характере и особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции и инвазивных диагностических процедурах, ожидаемых результатах и возможных последствиях, об осложнениях, о течении послеоперационного периода), а также любые другие сведения о моем здоровье штатному сотруднику Страховщика по письменному запросу.

**Все сведения, изложенные в Заявлении, являются достоверными, на их проверку согласен.**

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
расшифровка

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.   
дата заполнения