



_____, являющийся (являющаяся) Страхователем/Застрахованным / Выгодоприобретателем по Договору страхования от несчастных случаев № _____ от __. __. _____, заключенному с АО «Тинькофф Страхование», просит произвести страховую выплату в случае признания события страховым:

- Инвалидность Застрахованного лица в результате несчастного случая** **Смерть Застрахованного лица в результате несчастного случая**
- Травма** **Госпитализация** **Потеря работы** **Временная нетрудоспособность**

Сведения о Застрахованном лице:

Ф.И.О. (Полностью)

Дата рождения

Паспорт Серия номер выдан ____ . ____ . _____

кем

Место жительства*

Контактная информация*

*Заполняется при наступлении страхового случая по риску «Инвалидность, временная нетрудоспособность, травма, госпитализация».

- Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо**
(Сведения о выгодоприобретателе не требуется)

Сведения о Выгодоприобретателе:

Ф.И.О. (Полностью)

Дата рождения

Паспорт Серия номер выдан ____ . ____ . _____

кем

Место жительства

Контактная информация Телефон E-mail

Обстоятельства наступления страхового события:

Дата наступления страхового случая ____ . ____ . _____

В целях выполнения условий Договора страхования, по которому я являюсь Страхователем / Застрахованным, даю своё согласие АО «Тинькофф Страхование», адрес места нахождения: 127287, г. Москва, 2-я Хутурская улица, дом 38А, строение 26, на обработку моих персональных данных, включая специальную категорию персональных данных (далее по тексту — ПДн), включая, но не ограничиваясь, ФИО, пол, дата, место рождения, паспортные данные, гражданство, адреса мест регистрации/ проживания, номер телефона, ИНН, сведения о состоянии моего здоровья, иные ПДн, обрабатываемые в связи с оказанием страховой услуги в соответствии со страховым законодательством. Также даю своё согласие АО «Тинькофф Страхование» поручить обработку вышеперечисленных ПДн 3-м лицам, осуществляющим обработку ПДн на основании заключенных между АО «Тинькофф Страхование» и третьими лицами договоров/ соглашений в связи с предоставлением страховой услуги. Обработка моих ПДн включает в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн. Обработка моих ПДн может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

Я согласен на получение АО «Тинькофф Страхование» / третьими лицами, действующими по поручению АО «Тинькофф Страхование», документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, в том числе в следующих

организациях:

- лечебно-профилактических (в том числе больничных, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, центрах медико-социальной экспертизы, учреждениях скорой помощи независимо от формы собственности, у врачей частной практики) и особого типа (в том числе центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро) учреждениях здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
 - у моего работодателя, в правоохранительных органах, органах ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
 - в иных организациях и у индивидуальных предпринимателей в соответствии с законодательством РФ.
- Согласие на обработку ПДн АО «Тинькофф Страхование» и обработчиками действует в течение срока действия вышеуказанного Договора страхования, а также в течение десяти лет после его прекращения. В случае смерти субъекта ПДн согласие на обработку его ПДн дают наследники.

К настоящему Заявлению прилагаются документы согласно Приложению № 1. Реквизиты для перевода страховой выплаты (для удобства Вы можете приложить копию документа, выданного Вашим банком и содержащего указанные ниже реквизиты):

Наименование банка

ИНН банка

БИК

Корр. счет

Счет получателя (номер кредитного договора, если клиент АО «Тинькофф Банк»)

Выгодоприобретатель

Подпись	Фамилия ИО	Дата
---------	------------	------

Заполняется сотрудником Страховщика при принятии заявления

Подпись	Фамилия ИО	Дата
---------	------------	------

Документы, предоставленные Выгодоприобретателем для получения страховой выплаты по Договору страхования от несчастных случаев

Наименование документа	Указать, в каком виде предоставлен документ (копия, нотариальная копия, оригинал)
Паспорт	
Доверенность на получение страховой выплаты	
Свидетельство о праве на наследство	
Свидетельство о смерти	
Протокол вскрытия	
Медицинское свидетельство о смерти	
Акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1)	
Справка Медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) об установлении группы инвалидности	
Направление на МСЭК	
Обратный талон	
Выписка из амбулаторной карты	
Выписка из карты стационарного больного	
Постановление о возбуждении уголовного дела	
Постановление об отказе в возбуждении уголовного дела	
Протокол с места происшествия	
Решение суда	
Иные документы (указать, какие):	

Документы в количестве _____ экз.:

- Переданы представителю Страховщика
- Направлены Страховщику Почтой России «___» _____ г.
- Направлены Страховщику «___» _____ г. по электронной почте по адресу: claims@tinkoffinsurance.ru

Документы получил:

Подпись	Фамилия ИО	Дата