



## Заявление о страховой выплате по страхованию поездок ВЗР или РФ (Медицинская помощь, Несчастный случай)

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Номер \_\_\_\_\_

Все поля являются обязательными для заполнения.

В случае отсутствия данных (например, отчества) в соответствующем поле проставляется прочерк.

### Данные Договора страхования:

Страховой полис/Договор №

Срок действия Договора: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### Данные Застрахованного лица:

Фамилия

Имя  Отчество

Дата рождения    г.

### Данные Заявителя:

Внимание! Данный раздел заполняется сведениями о Заявителе, являющемся Застрахованным лицом, Законным представителем лица, не достигшего 14-ти летнего возраста, Наследником, при этом проставляется отметка «√» рядом с типом Заявителя. Если заявление подается через Представителя по доверенности, обязательно проставляется соответствующая отметка рядом с типом Заявителя «Представитель по доверенности», а сведения о Представителе в обязательном порядке указываются в «Анкете физического лица – представителя, бенефициарного владельца».

Застрахованное лицо

Наследник

Законный представитель (кроме представителя по доверенности)

Представитель по доверенности

Фамилия

Имя  Отчество

Дата рождения    г.

### Место рождения

Страна \_\_\_\_\_ Субъект \_\_\_\_\_  
только для РФ: республика, область, край

Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт \_\_\_\_\_  
район республики / области / края (если имеется)

Гражданство \_\_\_\_\_  
наименование страны

В случае гражданства иного, чем РФ или отсутствия гражданства необходимо заполнить раздел 1 «Анкеты для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам» к данному заявлению

Мобильный телефон: 8-

Адрес электронной почты (e-mail):

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

### Документ, удостоверяющий личность:

Вид документа \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ г. Код подразделения \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_  
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

### Адрес регистрации:

Страна \_\_\_\_\_  
индекс

Субъект \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_  
только для РФ: республика, область, край район республики / области / края (если имеется)

Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус (строение) \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

### Почтовый адрес фактического проживания:

Совпадает с адресом регистрации  Не совпадает с адресом регистрации

Страна \_\_\_\_\_  
индекс

Субъект \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_  
только для РФ: республика, область, край район республики / области / края (если имеется)

Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корпус (строение) \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

**Настоящим подтверждаю, что:** Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)\*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ Не имею иного бенефициара (бенефициарного владельца)\*\*

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствию дисклеймерам».

В случае подписания заявления (договора/полиса) представителем клиента, а также при наличии иного бенефициара – по ним необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

\* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

\*\* Бенефициар (бенефициарный владелец) физического лица – лицо, прямо или косвенно контролирующее действия этого физического лица, в том числе имеющее возможность определять решения, принимаемые этим физическим лицом. Бенефициаром (бенефициарным владельцем) клиента – физического лица считается само это физическое лицо, если нет основания считать иное физическое лицо его бенефициаром.

**Страховые риски (в соответствии с заявленным событием):****Несчастный случай**

- Телесные повреждения
- Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая
- Инвалидность в результате несчастного случая
- Смерть в результате несчастного случая

**Медицинская и экстренная помощь**

- Амбулаторное и стационарное лечение
- Экстренная стоматологическая помощь
- Скорая и/или неотложная помощь
- Медико-транспортные расходы
- Иные расходы

**Данные по событию****Событие произошло:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_ мин.**Страна и место, где произошло событие:** \_\_\_\_\_**Обращение в сервисную компанию:**

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Ф.И.О. обратившегося \_\_\_\_\_ По какому телефону \_\_\_\_\_

Если в сервисную компанию не обращались, укажите причину: \_\_\_\_\_

**Обстоятельства наступления события и повод для обращения в сервисную компанию:** \_\_\_\_\_**По указанной выше причине Застрахованное лицо обращалось (доставлялось) в:**

Наименование медицинского учреждения	Адрес	Дата обращения	Дата оконч. лечения

**Оказанные услуги:** \_\_\_\_\_**Медицинские расходы:****Сумма и валюта понесенных расходов:** \_\_\_\_\_**Оплаченные:**

Дата счета \_\_\_\_\_ Сумма и валюта \_\_\_\_\_

Описание услуг \_\_\_\_\_  
осмотр врача, анализы, медикаменты и пр.

Дата счета \_\_\_\_\_ Сумма и валюта \_\_\_\_\_

Описание услуг \_\_\_\_\_  
осмотр врача, анализы, медикаменты и пр.**Неоплаченные:**

Дата счета \_\_\_\_\_ Сумма и валюта \_\_\_\_\_

Описание услуг \_\_\_\_\_  
осмотр врача, анализы, медикаменты и пр.

Дата счета \_\_\_\_\_ Сумма и валюта \_\_\_\_\_

Описание услуг \_\_\_\_\_  
осмотр врача, анализы, медикаменты и пр.**Данные по страховой выплате**

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Я, Заявитель, даю своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте и дате моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате.

Заявитель \_\_\_\_\_  
подписьЗаявителем представлены  все обязательные документы  не все обязательные документы

(Администратор указывает полноту представленных документов)

Лицо, принявшее документы \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность подпись Ф.И.О.

**Документы, предоставляемые вне зависимости от характера события:**

1. Договор страхования (страховой Полис) .....
2. Копии документов, удостоверяющих личность Застрахованного лица (заграничный паспорт (копии всех страниц)/ паспорт РФ/свидетельство о рождении), Заявителя (выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты), представителя Заявителя (в случае подачи заявления через представителя).....
- 2.1. Доверенность на представителя Заявителя (в случае подачи заявления через представителя).....
3. Платежные реквизиты для перечисления страховой выплаты .....
4. Заверенный (нотариально) перевод документов, заполненных на иностранном языке (кроме английского) .....

**По страховому риску «Медицинская и экстренная помощь»:**

5. Оригиналы медицинских документов, содержащие сведения о дате обращения, состоянии здоровья, диагнозе, о проведенных медицинских манипуляциях и предоставленных медикаментах с разбивкой по датам и стоимости, медицинские документы о несчастном случае, с указанием адреса, контактных данных и врача .....
6. Документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг с указанием суммы, валюты и даты и способа платежа .....
7. Аптечные чеки/счета об оплате медикаментов, выписанных лечащим врачом в связи с установленным диагнозом, с приложенными рецептами .....
8. Документы, подтверждающие факт оплаты телефонных переговоров (факсимильного сообщения) со Страховщиком или Сервисной компанией .....
9. Официальный протокол, полицейский отчет или любые официальные документы (справки правоохранительных и судебных органов), подтверждающие факт несчастного случая и обстоятельства происшествия .....

**По страховому риску «Несчастный случай»:**

10. Медицинские документы, характеризующие заявленное событие: при амбулаторном лечении – выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения); при стационарном лечении – выписной эпикриз по стационарному лечению из медицинского учреждения за весь срок наблюдения (лечения)/выписка из истории болезни .....
11. Если обстоятельства наступления события подлежат расследованию компетентными органами: материалы расследования – Протокол, Постановление (Определение) следственных органов, Решение/Определение/Приговор суда .....
12. При ДТП, если Застрахованное лицо являлось водителем: водительское удостоверение/иной документ, подтверждающий право управления соответствующей категорией транспортного средства, акт освидетельствования на состояние алкогольного опьянения .....
13. Акт о несчастном случае на производстве – при получении травмы при исполнении служебных обязанностей .....

**В случае наступления смерти:**

14. Свидетельство о смерти из ЗАГС .....
15. Медицинское свидетельство о смерти .....
16. Протокол и заключение судебно-медицинской экспертизы с результатами химико-токсикологического исследования .....
17. Протокол и заключение патолого-анатомического исследования (если проводилось) .....
18. Свидетельство о праве на наследство .....

**В случае наступления инвалидности:**

19. Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь по форме, предусмотренной законодательством РФ .....
20. Справка медико-социальной экспертизы об установлении группы (категории) инвалидности по форме, предусмотренной законодательством РФ .....

**В случае телесных повреждений или временной нетрудоспособности:**

21. Результаты/Заключения проведенных исследований (лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ), микробиологических, цито-гистологических, эндоскопических, функциональных, электро-физиологических исследований, магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томограммы (КТ), подтверждающие диагноз «телесные повреждения» .....
22. При повреждениях костей (вывихи, переломы и т.д.): оригиналы рентгеновских снимков до лечения и в конце лечения .....
23. При временной нетрудоспособности дополнительно: листы нетрудоспособности за все периоды нетрудоспособности, заверенные работодателем/иной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность в соответствии с законодательством РФ .....

Я, Заявитель, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Заявитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Ф.И.О.

Лицо, принявшее документы \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
должность подпись Ф.И.О.