

Заявление о страховой выплате по программе «СТОП. КЛЕЩ»

Дата приёма заявления «___» _____ 20__ г.

Номер _____

 Правила добровольного медицинского страхования граждан №9
 Вариант выплаты: Возмещение расходов, связанных с оплатой медицинских услуг

Страховой полис/Договор № _____

Срок действия Договора: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

Данные Заявителя/Застрахованного лица:
Застрахованное лицо:
Фамилия _____

Имя _____ **Отчество** _____

Дата рождения ____ ____ ____ г.

Заявитель:
Фамилия _____

Имя _____ **Отчество** _____

Дата рождения ____ ____ ____ г.

Документ, удостоверяющий личность:
 Паспорт Иной документ: _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи «___» _____ 20__ г. Код подразделения _____ - _____

Выдан _____ наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес: _____ **Мобильный телефон:** _____

_____ индекс _____ населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира, район, область, республика и т.п. 8- _____

Адрес электронной почты (e-mail): _____

 Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

Информация о произошедшем страховом событии:

Дата события: «___» _____ 20__ г.

 Был звонок Страховщику? да нет

Укажите ответ Страховщика при обращении: _____

Укажите причину отсутствия обращения к Страховщику: _____

Укажите сумму оплаченных медицинских услуг: _____

Прошу произвести страховую выплату на банковские реквизиты:

Название отделения Банка: _____

ИНН _____

Расчетный счет _____

Корреспондентский счет _____

БИК _____

Лицевой счет получателя _____

 Ф.И.О. получателя¹: _____

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 _____ / _____ «___» _____ 20__ г.
 подпись Ф.И.О.

Документы, представленные Заявителем (заполняет сотрудник, принявший документы):

- Договор страхования Копия паспорта Получателя¹ Копия свидетельства о рождении
 Копия лицензии медицинского учреждения Документы, подтверждающие оплату (товарные и кассовые чеки)
 Договор с медицинским учреждением Выписка² из амбулаторной карты/протоколы врачебных осмотров и назначений

¹ Получателем может являться официальный представитель Застрахованного лица (ребенка) – один из родителей по Заявлению

² Копия с прошитыми в единый блок и пронумерованными листами, наличием печати организации на каждой странице копии и отметкой/печатью «копия верна», датой выдачи копии и подписью уполномоченного лица. Прошитая копия документа заверяется печатью организации по корешку с указанием на корешке даты выдачи копии, количества листов в копии, подписи уполномоченного лица

Дата и время приёма заявления и полного комплекта документов: «___» _____ 20__ г. _____ ч. _____ мин.

Ф.И.О. и должность сотрудника, принявшего документы: _____

 _____ / _____
 должность

 _____ / _____
 подпись

 _____ / _____
 Ф.И.О.