

Заявление о страховой выплате ВЗР (Медицинская помощь, Несчастный случай)

 Дата заявления « ____ » _____ 20__ г. Номер _____

Страховой полис/Договор № _____

Застрахованное лицо:

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Фамилия и имя _____

Дата рождения _____ г. латинскими буквами, как указано в загранпаспорте

Документ, удостоверяющий личность:
 Паспорт Иной документ: _____ Код подразделения _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ 20__ г. _____ - _____

Выдан _____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ
Почтовый адрес по месту постоянной регистрации:

индекс
населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира, район, область, республика и т.п.
Место работы (учебы) _____ Должность _____
Заявитель:

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Документ, удостоверяющий личность:
 Паспорт Иной документ: _____ Код подразделения _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____ 20__ г. _____ - _____

Выдан _____

наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес фактического проживания: _____ Контактный телефон: _____

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

 Я согласен получать устные и СМС-уведомления на указанный мобильный телефон: Да Нет

Событие, имеющее признак страхового, произошло: « ____ » _____ 20__ г. _____ час. ____ мин.

Страна и место, где произошло событие: _____

Обстоятельства наступления события и повод для обращения в сервисную компанию: _____

Сумма и валюта понесенных расходов: _____

По указанной выше причине Застрахованное лицо обращалось (доставлялось) в:

Наименование медицинского учреждения	Адрес	Дата обращения	Дата оконч. лечения

Оказанные услуги: _____

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

Обращение в сервисную компанию:

Дата _____ Время _____ Ф.И.О. обратившегося _____ По какому телефону _____

Если в сервисную компанию не обращались, укажите причину: _____

Предоставлены следующие счета:
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.
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.

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Сообщенные мной сведения являются достоверными и полными.

Я проинформирован, что оплата счета возможна только после получения ответа от Страховщика.

Я предупрежден, что рассмотрение Заявления начнется после предоставления всех обязательных документов.

 Заявитель _____
подпись

 Заявителем представлены все обязательные документы не все обязательные документы
(Сотрудник 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) и Заявителя (выгодоприобретателя, получателя страховой выплаты)
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

Заявитель _____
подпись

Дата приема полного комплекта обязательных документов: «___» _____ 20__ г.
(Заполняется сотрудником, принимающим документы)

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.

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.

Заявитель _____ / _____ / _____
подпись _____ Ф.И.О.