



## Заявление о страховой выплате по программе ДМС

Дата приёма заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Номер \_\_\_\_\_

**Все поля являются обязательными для заполнения.**

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

Правила добровольного медицинского страхования граждан №9

Вариант выплаты: Возмещение расходов, связанных с оплатой медицинских услуг

### 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 или Законным представителем лица, не достигшего 14-ти летнего возраста), 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

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 несоответствии 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.

**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	<input type="text"/>
Расчетный счет	<input type="text"/>
Корреспондентский счет	<input type="text"/>
БИК	<input type="text"/>
Лицевой счет получателя	<input type="text"/>

Ф.И.О. получателя<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

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 Получателя<sup>1</sup>  Копия свидетельства о рождении
- Копия лицензии медицинского учреждения  Документы, подтверждающие оплату (товарные и кассовые чеки)
- Договор с медицинским учреждением  Выписка<sup>2</sup> из амбулаторной карты/протоколы врачебных осмотров и назначений

<sup>1</sup> Получателем может являться Законный представитель Застрахованного лица (ребенка) – один из родителей по Заявлению

<sup>2</sup> 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. Пршитая копия документа заверяется печатью организации по корешку с указанием на корешке даты выдачи копии, количества листов в копии, подписи уполномоченного лица

Ф.И.О. и должность сотрудника, принявшего документы:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность подпись Ф.И.О.