 В САО «Медэкспресс»

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |
| *(Фамилия, Имя, Отчество)* | |
|  |  |
| *(Проживающего(-ей) по адресу)* | |
|  |  |

*(телефон, e-mail)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Прошу возместить затраты на оплату медицинских услуг Застрахованному:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения застрахованного лица)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Полис/Договор страхования №** | | |  | | **Дата события** | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Описание события *(заполняется в произвольной форме):*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Медицинское учреждение, где Застрахованному лицу была оказана медицинская помощь:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Сумма к возмещению, руб.:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Паспорт гражданина РФ:** | |
| Серия, номер | | |  | | | Дата выдачи | |  |
|  | | | | | | | | |
| Код подразделения (при наличии) | | |  | Орган, выдавший документ | |  | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Страховую выплату прошу произвести:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | безналичным перечислением на расчетный счет (*приложить банковские реквизиты*) | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **/ / / 20** |

*(подпись) (число, месяц, год)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Я,** |  | **,** |
| *(Фамилия, Имя, Отчество)*  настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинского учреждения, бюро медико-социальной экспертизы, Фонду обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей или Застрахованного истории заболевания, моем или Застрахованного физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости САО «Медэкспресс».  Я разрешаю САО «Медэкспресс» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.  В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю своё согласие САО «Медэкспресс» (юридический адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Гороховая, д. 14/26 ), на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных и иных данных на действия (операции), предусмотренные положениями вышеуказанного закона, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных; включая персональные данные о состоянии здоровья, в целях надлежащего исполнения договора страхования; включения персональных данных в клиентскую базу данных САО «Медэкспресс» для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования и информационных рассылок, а также на передачу в соответствии с законодательством Российской Федерации персональных данных в государственные органы и общественные организации.  Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора страхования, а также для выполнения САО «Медэкспресс» иных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и связанных с договором страхования.  Настоящее согласие на работу с персональными данными может быть отозвано путем направления субъектом персональных данных письменного заявления об отзыве настоящего согласия по адресу САО «Медэкспресс». | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **/ /20** |  |  |  |  |

*(число, месяц год) (подпись) (Фамилия, Имя, Отчество)*

|  |  |
| --- | --- |
| Заявление принял: |  |
| *(ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)* | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ по номеру Договора** | | | | | |  | **от** |  | |
| (поставить отметку напротив названия приложенного документа) | | | | | | | | | |
| **1.** | **Оригинал** |  | **копия** |  | **Полиса/Договора страхования** | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **2.** | **Документы, удостоверяющие личность** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| **2.1.** | Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| **2.2.** | Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| **2.3.** | Копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (Законного представителя одной из сторон по Полису/Договору) | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
| **3.** | **Документы о произошедшем событии:** | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  |
| **3.1.** | Выписка (-и) из медицинской карты амбулаторного больного за весь период лечения | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| **3.2.** | Выписка (-и) из медицинской карты стационарного больного за весь период лечения | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| **3.3.** | Выписка из медицинской карты или копия медицинской карты, содержащая информацию об обращениях за медицинской помощью Застрахованного до заключения договора | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  |
| **3.4.** | Заключение (-ия) по результатам рентгеновских снимков, а также иных исследований (КТ, МРТ и др.) | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Иные документы | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **/ /20** | **года** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документы принял: |  |
| *(ФИО сотрудника, должность, подпись, дата, город)* | |

*(число, месяц год) (подпись) (Фамилия, Имя, Отчество)*