 В САО «Медэкспресс»

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

 *(телефон, e-mail)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ**

|  |
| --- |
| **Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшим с Застрахованным лицом:** |
|  |
|  |
| *(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения Застрахованного лица)* |
|  |
| Полис/Договор страхования № |  | от |  |
|  |
| Дата события: |  | Время наступления события: |  |
|  |
| Описание события *(заполняется в произвольной форме):* |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Диагноз: |  |
|  |
|  |
|  |
| **Медицинское учреждение, где Застрахованному лицу была оказана медицинская помощь:** |
|  |
|  |
| *(указать название учреждения)* |
|  |
| **Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами?** |  |
|  |
| Проводился ли тест на алкоголь? |  | Результат |  |

 *(да/нет)*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **/ / / 20** |
|  *(подпись) (число, месяц, год)***Данные Выгодоприобретателя (получателя страхового возмещения):** |
|  |
|  |
|  |
| ***(Фамилия, Имя, Отчество, дата и место рождения Выгодоприобретателя****)* |
| Гражданство (при наличии второго указать) |  | Отношение к Застрахованному лицу |  |
|  |
| Паспортные данные (серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения) |  |
|  |
| Адрес регистрации |  |
|   |
| Адрес места жительства (при отличии) |  |
|  |
| Телефон |  | e-mail |  |
|  |
| **Вид документа, удостоверяющий личность :** |
|  |
|  | Паспорт гражданина РФ |  | Паспорт иностранного гражданина |  | Иной документ |  |
|   |
| Серия (при наличии) и номер |  | Дата выдачи |  |
|  |
| Код подразделения (при наличии) |  | Орган, выдавший документ |  |
|  |
|  | **Миграционная карта (для иностранного гражданина или лица без гражданства, находящегося на территории РФ)** |
|  |
|  |
| Номер карты |  | Срок пребывания в РФ \* |  |
|  |
|  | **Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ** |
|  |
|  |
| Серия (если имеется) и номер |  | Право пребывания (проживания) \*\* |  |
|  |
| **Страховую выплату прошу произвести:**  |
|  |
|  | безналичным перечислением на расчетный счет  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **/ / / 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 Страхователя |  |
|  |  |
| **2.4.** | 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.** | Копия извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного заболевания (форма 090/у) – при обращении с заболеванием «рак» |  |
|  |  |  |
| **3.5.** | Заключение (-ия) по результатам рентгеновских снимков, а также иных исследований (КТ, МРТ и др.) |  |
|  |  |  |
| **3.6.** | Объяснительная записка |  |
|  |  |  |
|  |
| Иные документы |  |

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

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

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