

В ООО «СК «Согласие»

от _____
проживающего по адресу (указать адрес фактического проживания,
включая индекс) _____

телефон _____

e-mail _____

паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
по договору страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства
по медицинским, медико-транспортным и иным расходам**

В соответствии с договором страхования (страховым полисом)

№ _____ от «___» _____ 20__ г

прошу произвести страховую выплату по страховому событию с Застрахованным лицом (Ф.И.О. полностью, дата рождения чч.мм.гггг) _____

Обстоятельства произошедшего события (детально описать обстоятельства события): _____

Страна, город и дата (ы) наступления события: _____

Диагноз согласно медицинским документам: _____

Общая сумма заявленных расходов: _____

Детализация понесенных Застрахованным лицом расходов (дата, наименование, стоимость услуг/расходов) по заявленному событию:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

по медицинским, медико-транспортным и иным расходам**Перечень документов*, подтверждающих понесенные расходы, прилагаемых к Заявлению:**

* **Внимание!** К Заявлению прилагаются только оригиналы документов, за исключением документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица/ Заявителя. Страховая выплата по копиям документов не осуществляется.

№	Наименование документа *О – оригинал, ЗК – заверенная копия КО – копия снята сотрудником Страховой компании с оригинала, К – копия	Приложен*: О / ЗК / КО / К (указать, что приложено)	Пояснение при необходимости
1	Заявление на страховую выплату, заполненное Застрахованным лицом или Страхователем (только физ.лицо) или его законным представителем		
2	Договор страхования (страховой полис) и Условия страхования к нему (оригинал/скан/ксерокопия)		
3	Общегражданский паспорт Заявителя (ксерокопия/скан разворот паспорта с ФИО, датой рождения, гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации)		
4	Загранпаспорт Застрахованного лица (ксерокопия/скан развороты всех страниц паспорта) – при зарубежных поездках		
5	Для несовершеннолетних / недееспособных Застрахованных лиц:		
	Свидетельство о рождении ребенка (скан/копия)		
	Общегражданский паспорт Застрахованного лица (скан/копия разворот паспорта с ФИО , датой рождения , гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации) - для лиц старше 14 лет		
	Общегражданский паспорта Заявителя – одного из родителей/опекуна/попечителя (скан/копия разворот паспорта с ФИО, датой рождения , гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации)		
	Документ, подтверждающий статус опекуна/попечителя (скан/ксерокопия оригинала)		
6	При смерти Застрахованного лица:		
	Свидетельство о смерти (скан/ксерокопия оригинала)		
	Свидетельство о праве на наследство (скан/ксерокопия оригинала)		
7	Оригиналы финансовых документов , подтверждающих оплату медицинских и др. расходов (счета, кассовые чеки, квитанции, заверенные выписки с банковского счета) с детализацией расходов (указать наименование услуги и сумму понесенных расходов в валюте каждого чека):		
	Наименование документа		Сумма, валюта
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10		
	11.		

8	Оригиналы рецептов и чеков из аптеки (с указанием суммы понесенных расходов в валюте каждого чека):		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
9	Оригиналы медицинских документов (медицинские отчеты, протоколы, выписки, заключения, справки, эпикризы, направления на обследования, результаты обследований, освидетельствований и т.д.):		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
10	Банковские реквизиты рублевого счета Получателя страховой выплаты (ТОЛЬКО физического лица) с обязательным указанием наименования банка, БИК, ИНН; ФИО и номера лицевого счета получателя страховой выплаты (если реквизиты ЛС не заполнены в Заявлении)		
11	Общегражданский паспорт Получателя страховой выплаты (ксерокопия/скан разворот страницы с фотографией и страницы с регистрацией)		
12	Выписка счета от телефонного оператора с детализацией услуг связи и информацией о номерах, на и с которых производились телефонные звонки, заверенная поставщиком услуг, или распечатка электронной выписки из личного кабинета установленного образца		
13	Иные документы , подтверждающие факт и обстоятельства события:		

Настоящим подтверждаю достоверность сведений, указанных в заявлении, и предоставленных документов. Обязуюсь предоставить Страховщику недостающие документы, в т.ч. по запросу Страховщика. Уведомлен, что в случае невыполнения данного требования, Страховщик имеет право приостановить рассмотрение Заявления.

Заявитель: _____ (_____) Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись Заявителя) (Фамилия, И.О. Заявителя)

Документы принял: _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
(Фамилия, И.О., подпись сотрудника Страховой компании)

Если Вы хотите узнать статус рассмотрения заявления* просим Вас направить соответствующий запрос на адрес электронной почты **case_report@soglasie.ru** или позвонить по телефону **(495) 739 01 01** или **8(800) 755 0001**, доб. **9906**.
Недостающие и дополнительные документы, запрошенные Страховщиком, не требующие предоставления в оригинале или заверенной копии, просим направлять по эл.почте **case_report@soglasie.ru** (в теме письма просьба указать **ФИО Заявителя**. Если Заявитель и Застрахованное лицо отличаются, в тексте письма следует также указать **ФИО Застрахованного лица** для идентификации дела).

*** ВНИМАНИЕ!** Стандартный срок рассмотрения заявления – **45 календарных дней** с момента получения полного пакета документов на возмещение.