РОСГОССТРАХ СТО ЛЕТ ВМЕСТЕ СО СТРАНОЙ

Заполняется сотрудником, принимающим документы

ЗАЯВЛЕНИЕ

в ПАО СК «Росгосстрах» на возмещение расходов, понесенных застрахованным по оплате медицинских и/или иных услуг, покупку лекарственных средств/препаратов и/или изделий медицинского назначения

Принадлежность договора страхования

☐ ДМС

Дата приема Заявления «_____» _____ 20 _____ г.
(указывается в день получения Заявления)

ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛИСЕ / ДОГОВОРЕ

Страховой полис / договор №	
Срок действия полиса / договора	с __.__.____ г. по __.__.____ г.
Страхователь	Наименование юридического или Фамилия, Имя, Отчество физического лица

ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Застрахованный	Фамилия, Имя, Отчество застрахованного
Дата рождения	__.__.____ г.

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ

Заявитель	Фамилия, Имя, Отчество заявителя

☐ Застрахованное лицо ☐ Наследник ☐ Законный представитель ☐ Иное лицо, понесшее расходы

Документ, удостоверяющий личность	☐ Паспорт ☐ Иной документ
Серия / номер	Дата выдачи __.__.____ г.
Выдан	наименование государственного органа, выдавшего документ
Контактный телефон	
E-mail	
Почтовый адрес	и н д е к с

Я выражаю согласие с тем, что документы, указанные в Правилах страхования, на условиях которых заключен Договор страхования, необходимые для осуществления страховой выплаты и указанные в настоящем Заявлении, созданные с помощью средств электронного копирования/электронные копии документов, могут быть переданы одной стороной другой стороне или запрошены одной стороной у другой стороны посредством электронной почты каждой стороны, указанной в настоящем Заявлении. По запросу Страховщика документы могут быть направлены на адрес электронной почты Страховщика info@rgs.ru с вышеуказанной электронной почты заявителя в формате pdf, или jpeg или tiff (общий размер одного электронного сообщения с вложенными файлами, направляемого Страховщику, не должен превышать 10 Мб), либо переданы посредством обращения в офис Страховщика (адреса приема указаны на сайте ПАО СК «Росгосстрах» www.rgs.ru).

Заявитель подтверждает, что сообщения, направленные им с вышеуказанной электронной почты, подписаны простой электронной подписью, что представленные им электронные копии документов являются полными тождественными копиями документов на бумажном носителе, не содержат исправлений любого характера — механическим и/или электронным способом.

В случае обнаружения ошибок, в том числе по мнению Страховщика не читаемости документа, в полученном электронном сообщении, Страховщик информирует об этом Заявителя по электронной почте, при этом документ считается не принятым.
В случае, если Заявитель не предоставил запрошенные копии электронных документов в течение 5 дней с момента направления указанного в настоящем пункте сообщения о необходимости их предоставления, Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании принятых им документов, в том числе в случае недостаточности представленных документов — об отказе в выплате.

Заявитель обязуется по запросу Страховщика предоставить оригиналы направленных по электронной почте документов в течение 10 календарных дней с момента направления такого запроса Страховщиком.
В случае, если Заявитель не предоставил оригиналы документов на бумажном носителе в указанный срок, Страховщик вправе потребовать возврата выплаченного возмещения и возмещения понесенных убытков.

ДАННЫЕ ПО СТРАХОВОМУ СЛУЧАЮ

Дата страхового случая	__.__.____ г.
Сумма понесенных расходов	Валюта
Сумма прописью	

В соответствии с условиями Договора страхования, прошу возместить мне расходы затраченные на:

☐ Амбулаторное лечение ☐ Стационарное лечение ☐ Покупку лекарственных средств/препаратов

☐ Покупку изделий медицинского назначения ☐ Реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение)

☐ Услуги, предусмотренные Программой страхования и не попадающие ни под одну из перечисленных выше категорий

Был ли осуществлен Страхователем (Застрахованным лицом) звонок в Медицинский контактный центр ПАО СК «Росгосстрах» в случае получения медицинских услуг в медицинской организации, не входящей в программу страхования ☐ ДА ☐ НЕТ

В случае ответа «Нет» уточнить причину

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Подписывая настоящее Заявление я даю согласие:
- в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в порядке, установленном Правилами страхования Страховщику на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), на использование, передачу, в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных и персональных данных, в том числе персональных данных специальной категории, лица, которое указано в качестве Застрахованного лица, в интересах которого я действую, и при этом гарантирую, что уполномочен данным лицом (является его законным представителем) на совершение вышеуказанных действий от его имени;
- на предоставление медицинскими организациями, 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 Страховщика документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих персональные данные Застрахованного лица и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате;
- на получение смс-уведомлений Страховщика, связанных с урегулированием убытков по заявленному страховому случаю.

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о возмещении расходов (страховой выплате).

Я предупрежден, что рассмотрение заявления начинается после предоставления всех обязательных документов.

Заявитель _____ _____

подпись Фамилия, И.О.

К настоящему Заявлению прилагается Опись документов, предоставленных заявителем.

ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЕМ

п/н	Обязательный документ в зависимости от статуса Заявителя	Отметка о предоставлении	V
1	Договор страхования (Полис, страховая карта, страховой сертификат, памятка)	Вне зависимости от статуса Заявителя	☐
2	Документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица (1-2 страницы)	Вне зависимости от статуса Заявителя	☐
3	Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на обработку персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе составляющих врачебную тайну	Обязательно если Заявителем являются: - наследники - Страхователь - иное лицо, понесшее расходы	☐
4	Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица) на обработку персональных данных и персональных данных специальной категории, в том числе составляющих врачебную тайну	Обязательно если Заявителем являются: - наследники - Страхователь - иное лицо, понесшее расходы	☐
5	Документ, подтверждающий полномочия законного представителя Застрахованного лица, не достигшего 18 лет *(документ, удостоверяющий родство с Застрахованным лицом (свидетельство о рождении), документ, удостоверяющий статус опекуна (попечителя))*	Обязательно если Заявителем является законный представитель	☐
6	Свидетельство о праве на наследство	Обязательно если Заявителем являются наследники	☐
7	Копия Свидетельства о смерти застрахованного лица, выданного органом ЗАГС *(в случае смерти Застрахованного лица)*	Вне зависимости от статуса Заявителя	☐
8	Согласие Застрахованного лица (законного представителя Застрахованного лица, наследников (в случае смерти Застрахованного лица) на осуществление возмещения расходов лицу, понесшему расходы за Застрахованное лицо	Обязательно если Заявителем является иное лицо, понесшее расходы	☐
9	Выписка банковских реквизитов Заявителя из банка	Вне зависимости от статуса Заявителя	☐
10	Один из документов, подтверждающий факт оплаты медицинских и (или) иных услуг:	Вне зависимости от статуса Заявителя	☐
10.1	Счет (товарный чек, товарная накладная, реестр услуг), заверенные печатью медицинской и (или) иной организации, с указанием ее наименования; ФИО пациента; перечня, даты, количества, стоимости оказанных услуг	Выбрать один из вариантов	☐
10.2	Кассовый чек		☐
10.3	Квитанция на бланке строгой отчетности (за исключением квитанций, выписанных индивидуальным предпринимателем)		☐
Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на амбулаторное лечение (пп. 11-12)		**Отметка о предоставлении**	**V**
11	Выписка из медицинской карты или иной документ, подтверждающий факт получения медицинских услуг с указанием диагноза, периода лечения, назначенных и оказанных медицинских услуг, заверенные подписью и печатью (штампом) медицинской организации	Да	☐
12	Реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости	Да	☐
Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на стационарное лечение (пп. 13-14)		**Отметка о предоставлении**	**V**
13	Выписка из медицинской карты или иной документ, подтверждающий факт получения медицинских услуг с указанием диагноза, периода лечения, назначенных и оказанных медицинских услуг, заверенные подписью и печатью (штампом) медицинской организации	Да	☐
14	Реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости	Да	☐

Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на покупку лекарственных средств / препаратов (пп. 15-16)		Отметка о предоставлении	V
15	Оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства/препараты	Да	☐
16	Выписка из медицинской карты или иной документ, подтверждающий факт назначения лекарственных средств / препаратов, заверенные подписью и печатью (штампом) медицинской организации	Да	☐
Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на покупку изделий медицинского назначения (п. 17)		**Отметка о предоставлении**	**V**
17	Выписка из медицинской карты или иной документ, подтверждающий необходимость использования данных изделий. При оперативном лечении дополнительно документы, подтверждающие их использование во время операции (указание использованных расходных материалов в выписке), заверенные подписью и печатью (штампом) медицинской организации	Да	☐
Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение) (пп. 18-19)		**Отметка о предоставлении**	**V**
18	Выписка из медицинской карты или иной документ, выданный организацией, в которой осуществлялось реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение), заверенные подписью и печатью (штампом) медицинской организации	Да	☐
19	Копия санаторно-курортной путевки или иного документа, подтверждающего получение реабилитационно-восстановительного лечения (санаторно-курортного лечения), заверенного в установленном порядке	Да	☐
Обязательные документы для возмещения расходов, затраченных на оплату услуг, предусмотренных Программой страхования и не попадающих ни под одну из перечисленных выше категорий (п. 20)		**Отметка о предоставлении**	**V**
20	Оригиналы или копии документов, подтверждающих факт обращения Застрахованного лица (представителя Застрахованного лица) за оказанием Застрахованному лицу услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости	Да	☐
К Заявлению дополнительно прилагаю следующие документы:			
21			
22			

Все документы должны быть представлены в оригинале или копии, оформленные надлежащим образом (заверенные нотариально или заверенные в установленном законодательством РФ порядке (подписью лиц, штампом и печатью учреждения, выдавших документ).
Во всех справках и выписках из медицинских организаций обязательно должен быть указан диагноз, полные фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата рождения или возраст Застрахованного лица, а также должны быть проставлены печать и штамп медицинской организации. Копии медицинской документации (медицинских карт) должны быть заверены главным врачом, заместителем главного врача по лечебной работе, по клинико-экспертной работе, председателем врачебной комиссии, начальником медицинской части или другим уполномоченным лицом (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия) и печатью медицинской организации.

Заявитель _____ _____ _____20_____г.
подпись Фамилия, И.О. дата

Заполняется сотрудником, принимающим документы	**Заявление и документы принял**	_____	_____	_____
		должность	подпись	Фамилия, И.О.