

## ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ

Я, \_\_\_\_\_,  
являюсь

- Застрахованным*       *Родственником*  
 *Наследником по закону*     *Законным представителем*

Контактный телефон заявителя: \_\_\_\_\_

Договор (Полис) страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства № \_\_\_\_\_ от “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_,

заявляю о наступлении предусмотренного в Договоре страхования страхового случая в соответствии с условиями страхования.

### **Сведения о Застрахованном:**

Ф. И. О. (полностью)

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

\_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Название страховой компании по действующему Полису Добровольного медицинского страхования (ОМС): \_\_\_\_\_

№ полиса ОМС: \_\_\_\_\_

### **Информация о страховом случае:**

**Дата случая** \_\_\_\_\_

Страна, в которой произошел страховой случай \_\_\_\_\_

**Описание и причины страхового случая** (заполняется в произвольной форме, но необходимо отразить: хронологическую последовательность событий, диагноз (если затрудняетесь, приблизительный) и почему были вынуждены заплатить наличными):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Диагноз** (если затрудняетесь, приблизительный)

---

---

**Звонили ли вы в сервисный по телефону, указанному в страховом полисе?:**

Да

Нет

**Когда:**  до обращения к врачу;  после обращения к врачу;

**(дата обращения в сервисный центр)** \_\_\_\_\_

**(телефон сервисного центра)** \_\_\_\_\_

**Названия и адреса медицинских учреждений, где оказывалась медицинская помощь:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**К заявлению прилагаются:** (указать список прилагаемых документов).

Качество предоставляемых Страховщику документов должно быть достаточно хорошим позволяющим рассмотреть Заявление. Документы низкого качества будут считаться как неполученные.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Сумма в оригинальной валюте:** \_\_\_\_\_

**Порядок страховой выплаты:**

наличными в кассе Компании

банковским переводом; платежные реквизиты заявителя:

Наименование банка \_\_\_\_\_  
ОСБ \_\_\_\_\_  
ИНН (банка) \_\_\_\_\_  
БИК \_\_\_\_\_  
Корреспондентский счет \_\_\_\_\_  
Расчетный счет \_\_\_\_\_  
№ личного счета \_\_\_\_\_

Я (*ф.и.о. полностью*) \_\_\_\_\_

принимаю на себя ответственность за полноту и правдивость сведений, изложенных выше, и разрешаю ООО «Абсолют Страхование» собирать любую информацию касательно обстоятельств данного страхового случая.

Я уполномочиваю любое учреждение, организацию, страховую компанию, медицинское учреждение и/или врача, владеющих реестрами обращений Застрахованного за медицинской помощью, записями или воспоминаниями о здоровье, передавать ООО «Абсолют Страхование» по его запросу всю такую информацию, включая первичную медицинскую историю, Медицинскую карту амбулаторного больного» (уч.ф.№ 025/у), Медицинскую карту стационарного больного (уч. ф. № 0003-У), если этот вопрос связан с рассмотрением ООО «Абсолют Страхование» заявления о страховом событии.

Я отказываюсь от каких-либо претензий к организации по поводу передачи вышеназванной информации ООО «Абсолют Страхование»

Подпись \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ООО «Абсолют Страхование» обязуется не разглашать представленную конфиденциальную информацию.**

**Заполняется сотрудниками страховой компании:**

1. Заполняется сотрудником компании при принятии заявления:

Дата принятия документов \_\_\_\_\_

ФИО сотрудника \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

2. Заполняется сотрудником отдела урегулирования убытков по страхованию от несчастных случаев и болезней при принятии заявления:

Дата получения документов \_\_\_\_\_

ФИО сотрудника \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_