

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ



Для получения страховой выплаты по рискам

телесное повреждение, инвалидность, смерть, плановая и экстренная госпитализации, медико-транспортные расходы в результате несчастного случая

ОБЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

- Заполненное Заявление по форме Страховщика о наступлении страхового случая и приложения к нему (при наличии).
В заявлении необходимо указать данные о заявителе, включая контактную информацию, данные о застрахованном и о событии, полные банковские реквизиты.
- Договор страхования (страховой полис) или его копия.
- Документ, удостоверяющий личность Заявителя, Застрахованного и выгодоприобретателя (получателя) по договору страхования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

В СЛУЧАЕ ТРАВМЫ (ТЕЛЕСНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ)

- Оригинал или копия справки лечебного учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного/ стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенной печатью и подписью врача, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.
- Оригинал или копия заключения рентгенологического и/или ультразвукового исследования, компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии в зависимости от характера травмы, подтверждающего поставленный диагноз.
- Оригинал или копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии).

В СЛУЧАЕ ИНВАЛИДНОСТИ

- Заверенная копия справки из учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ) об установлении инвалидности и протокол МСЭ и/или направление на МСЭ, заверенные лечебным учреждением.
- Оригинал или копия справки лечебного учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)), заверенной печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.

В СЛУЧАЕ СМЕРТИ

- Нотариально заверенная копия свидетельства о смерти и копия справки о смерти с указанием причин смерти.
- Заверенная копия протокола патологоанатомического исследования или акта судебно - медицинской экспертизы (если исследование не производилось - копию заявления родственников об отказе от вскрытия и копия справки из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти).
- Оригинал или нотариально заверенная копия свидетельства о праве на наследство, если в договоре страхования не назначен Выгодоприобретатель.

Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке должны быть переведены на русский язык и заверены!

В СЛУЧАЕ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- ❑ Копия направления на госпитализацию с указанием даты плановой госпитализации и диагнозом, заверенная печатью лечебного учреждения.
- ❑ Оригинал или копия выписки из медицинской карты амбулаторного больного, заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.
- ❑ Оригинал или копия выписки из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.
- ❑ Оригинал или копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо.

В СЛУЧАЕ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- ❑ Оригинал или копия выписки из медицинской карты стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, лечением.
- ❑ Оригинал или копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо.

В СЛУЧАЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

- ❑ Заверенная печатью копия справки лечебного учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного / стационарного больного (выписной эпикриз из истории болезни)) с диагнозом **«клещевой энцефалит»**, сроками лечения, результатами обследования, лечением (в т.ч. с информацией об удалении клеща).
- ❑ Копия листка нетрудоспособности (больничного листа, электронного образа больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованное лицо (при наличии).
- ❑ Заверенная копия заключения врача -специалиста (инфекциониста).
- ❑ Заверенные результаты проведенных анализов (копии).

В СЛУЧАЕ МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ

- ❑ Документы, подтверждающие факт оплаты за услуги транспортировки (такси, скорая медицинская помощь и пр.) Застрахованного лица (штамп об оплате, подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек).
- ❑ Документы, подтверждающие факт оплаты за услуги сопровождения Застрахованного лица при транспортировке (если такое сопровождение предписано лечащим врачом), штамп об оплате, подтверждение банка о перечислении суммы или кассовый чек.
- ❑ Документы, подтверждающие факт оплаты за услуги проведения поисково -спасательных мероприятий (договор оказания услуг и штамп об оплате и/или подтверждение банка о перечислении суммы и/или кассовый чек).
- ❑ Документы, подтверждающие факт оплаты за транспортировку тела или кремацию, оформление документов (договор оказания услуг и штамп об оплате и/или подтверждение банка о перечислении суммы и/или кассовый чек).