

СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Заявление о возмещении

Заявитель

Застрахованный:

Имя, фамилия: _____

Перс. код: _____

Телефон: _____

э-почта: _____

Адрес места жительства: _____

Место работы: _____

Номер карты: _____

Представитель Застрахованного (если Вы подаете заявление от имени застрахованного):

Имя, фамилия: _____

Перс. код: _____

Телефон: _____

э-почта: _____

Адрес места жительства: _____

К заявлению прилагаю следующие документы, связанные с получением застрахованной услуги

Вид услуги (программа страхования):	Платежные документы:		Дополнительные документы:	
	количество	общая сумма	вид	количество
Амбулаторные, стационарные услуги			Выписка из учреждения	
			Направление врача	
			Другое:	
Приобретение медикаментов			Рецепт или копия рецепта	
Приобретение оптики			Часть карты с обозначением программы оптики	
			Рецепт или копия рецепта	
Стоматологические услуги			Выписка из учреждения	
Занятия спортом			Отчет учреждения	
Реабилитация в санатории			Выписка из учреждения	

Если для принятия решения о выплате страхового возмещения, помимо указанных, потребуются другие документы, сотрудник ВТА свяжется с Вами.

Страховое возмещение выплатить перечислением

<input type="checkbox"/> Застрахованному	Банк: _____
<input type="checkbox"/> Уполномоченному лицу*	Номер счета: _____

* При выборе выплаты страхового возмещения Уполномоченному лицу необходимо предоставить нотариальную доверенность.

Дополнительная информация

Если к заявлению приложены оригиналы платежных документов, то после принятия решения оригиналы частично оплаченных и неоплаченных платежных документов:

- Не желаю получить
- Желаю получить по почте на указанный в заявлении адрес Застрахованного:
- простым письмом
- заказным письмом

Если к заявлению приложены отсканированные платежные документы или их копии, обязуюсь хранить оригиналы приложенных к заявлению документов в течение всего срока действия страхового договора и немедленно предоставить их ВТА по требованию.

Своей подписью подтверждаю, что:

- Я предоставил (-а) достоверную информацию;
- Я не буду требовать компенсацию, за часть убытков, возмещенную ВТА, от других учреждений;
- Я осведомлен, что в случае предоставления ложных данных или данных, вводящих в заблуждение, возможен отказ в выплате страхового возмещения и, за содеянное может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьёй 177 Уголовного закона (мошенничество) или статья 178 (мошенничество в сфере страхования);
- Разрешу ВТА получать любую информацию из любого лечебного учреждения о состоянии здоровья и полученной медицинской помощи, если эта информация из лечебного учреждения

Будет необходима ВТА для рассмотрения обстоятельств заявленного происшествия и определения размера страхового возмещения, а также обязуюсь по первому требованию ВТА предоставить

Соответствующему лечебному учреждению разрешение предоставлять ВТА любую вышеупомянутую информацию, освобождая лечебное учреждение и лиц, предоставляющих врачебные услуги, и работающих в оном от долга хранить молчание.

ВТА сообщает, что для исполнения заключенного договора, из Закона о защите данных физических лиц вытекает право ВТА, за соблюдением установленного упомянутым законом, обрабатывать, в т.ч. получать из регистров и баз данных, личные данные Застрахованного, в т.ч. персональные идентификационные коды для получения страховых услуг, а именно: для урегулирования случая наступления заявленного страхового риска, принятия решения о признании случая наступления застрахованного риска страховым случаем, определения размера страхового возмещения и выплаты страхового возмещения.

С подачей настоящего заявления, ВТА получает разрешение обрабатывать чувствительные данные Застрахованного, потому что в отсутствие обработки чувствительных данных Застрахованного урегулирование дела о страховом возмещении становится не возможным.

разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчетов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: _____

Имя, фамилия получателя: _____

Подпись: _____