**Приложение №17**

**к Договору добровольного страхования на случай болезни**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г. №\_\_\_\_\_\_**

Образец заявления на возмещение медицинских расходов

Руководителю

Страховой компании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководителю

Медицинского ассистанса ТОО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. – полностью заявителя)

№ страховой карточки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

В соответствии с Договором страхования №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. между СК \_\_\_\_\_\_\_\_ и АО/ТОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прошу компенсировать понесенные медицинские расходы по оказанию Застрахованному (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать услугу (лекарственные средства, медицинские услуги, например – амбулаторно-поликлиническое лечение, стационарное лечение, проведение операции, удаление зуба или лечение зубов)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название медорганизации, аптеки, стоматологии, в которой получал услугу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата получения медуслуги)

Обратился в данную медицинскую организацию по причине \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину объективной невозможности получения медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Страховщика)

К данному заявлению прилагаю следующие документы:

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счет банковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. оригиналы: сигнальный лист службы скорой помощи/ медицинское заключение/ выписку из медицинской карты стационарного/амбулаторного больного/ калькуляционный лист/ заказ-наряд по стоматологии/ рецепт, подтверждающие получение Застрахованным медицинских услуг.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Список документов на возмещение по лекарственным средствам**

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счетбанковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. Рецептурные бланки -3 (три) экземляра
4. Заключение врача с указанием диагноза и рекомендаций- назначения препаратов

**Список документов на возмещение по стоматологическому лечению**

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счетбанковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. Рентген снимок зубов при наличии
4. Заказ – наряд с зубной формулой на сумму, указанной в фискальном чеке.

**Список документов на возмещение по амбулаторному лечению**

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счетбанковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. Заключение врача с указанием диагноза и рекомендаций

**Список документов на возмещение по стационарному лечению**

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счетбанковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. Выписка из стационара

**Список документов на возмещение на обследование**

1. Копия удостоверения личности Заявителя.
2. Копия медицинской пластиковой карточки Заявителя
3. 20 –значный текущий счетбанковской карточки Заявителя от Банка 2-го уровня

(с указанием Ф.И.О. клиента, номер счета, печать Банка или интернет банкинг)

1. Фискальный чек – чек кассового аппарата
2. Счет – фактура и акт выполненных работ на сумму, указанной в фискальном чеке
3. Осмотр и заключение врача,Бланк направления.
4. Протокол обследования с заключением. (УЗИ, ЭФГДС, МРТ и др)

|  |
| --- |
| **Примечание:**  Членам семьи основного Застрахованного необходимо предоставить следующие документы:  **При подаче заявления от Супруг(и**):  копия удостоверения личности,  копия медицинской пластиковой карточки  Копия карточки и удостоверения основного держателя  Копия свидетельства о заключении брака  \*\*\*\*\*\*\*\*  **При подаче заявления от родителей:**  копия удостоверения личности,  копия медицинской пластиковой карточки  Копия карточки и удостоверения основного держателя  Копия свидетельства о рождении – подтверждение степени родства  \*\*\*\*\*\*\*  **При подаче заявления на лечение ребенка:**  копия удостоверения личности основного Застрахованного родителя,  копия медицинской пластиковой карточки основного Застрахованного родителя  копия медицинской пластиковой карточки ребенка  Копия свидетельства о рождении ребенка |

**Страхователь: Страховщик:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**