  **Заявление на страховую выплату**

|  |  |
| --- | --- |
| *Заявитель* |  |
| *Застрахованное лицо* |  |
| *Выгодоприобретатель* |  |
| *Номер сертификата* |  |

logo

|  |  |
| --- | --- |
| **Данные получателя выплаты (Заявителя или Выгодоприобретателя)** | |
|  | |
| *Получатель выплаты* |  |

*Фамилия, имя, отчество (при наличии) без сокращений*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *ИИН* |  |  | *Удостоверение* |  | *Паспорт* | *№* |  |

*Отметьте тип документа*

|  |  |
| --- | --- |
| *Адрес проживания* |  |
|  |  |
| *Адрес для направления корреспонденции* |  |
|  |  |  |
| *Электронная почта* |  |  |
|  |  |  |
| *Контактный телефон* |  |  |
|  |  |  |
| *Мобильный телефон* |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Информация о страховом событии** |  | *Заболевание* |  | *Несчастный случай* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Дата наступления события* |  | *Страна* |  | *Город* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Виды понесенных расходов* | □ *Медицинские услуги* | □ *Медикаменты* | □ *Транспортировка* | □ *Услуги связи* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Документы, подтверждающие наступление страхового случая и расходы\** | □ | *Заграничный паспорт с отметками пограничного контроля (копия)* | □ | *Свидетельство о рождении ребенка (копия)* | □ | *Авиабилеты, ж/д билеты (копия)* |
| □ | *Медицинские документы (консультационные листы, рапорты, заключения, выписки из истории болезни и т.п.)* | □ | *Переводы медицинских документов* | □ | *Счета на оплату медицинских услуг* |
| □ | *Назначения (рецепты) на медикаменты* | □ | *Счета на оплату медикаментов* | □ | *Счета на транспортировку и медицинское сопровождение* |
| □ | *Протоколы с места происшествия* | □ | *Переводы протоколов с места происшествия* | □ | *Счета на оплату услуг репатриации* |
| □ | *Счета на оплату услуг связи* | □ | *Счета на оплату прочих транспортных услуг* | □ | *Иные документы* |

***Сумма возмещения по заявлению Валюта***

***Банковские данные получателя выплаты\****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Банк* |  | *Счет №* |  |
| *IBAN* |  | *БИК* |  |

*\*не заполняется в случае предоставления справки из Банка*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата заявления** |  | **Подпись заявителя** |  |

***Заполняется представителем АО «Страховая Компания «Sinoasia B&R»***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата получения заявления |  | | Номер регистрации | |  |
| *Получение заявления и указанных выше документов подтверждаю* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *ФИО эксперта* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись* | |
|  | |  | |  | |

**Информация о страховом событии (опросный лист)** *оборотная сторона*

|  |  |
| --- | --- |
| *Дата и время события* |  |
| *Место события* |  |
| *Краткое описание обстоятельств события* |  |
| *(причина обращения, полный диагноз,* |
| *дата диагностирования* |
| *лечебное учреждение, куда обращались* |
| *лечащий врач (ФИО))* |

Была ли уведомлена о страховом событии сервисная служба? □ да □ нет

Если «да», укажите время и способ уведомления (по телефону, по электронной почте, по факсу, SMS сообщение, мессенджеры)

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

Если «нет», укажите причины, по которым уведомление не было сделано

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

Отметьте риски, по которым Вы подаете заявление

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | Госпитализация | □ | Приобретение медикаментов |
| □ | Острое заболевание | □ | Приобретение медицинских изделий |
| □ | Телесное повреждение | □ | Транспортировка и медицинское сопровождение |
| □ | Хирургическая операция/вмешательство | □ | Прочие транспортные услуги |
| □ | Перелом | □ | Переговоры с Сервисной компанией/Страховщиком |
| □ | Мелкая травма | □ | Репатриация |
| □ | Ожог/ обморожение | □ | Смерть |
| □ | Отравление | □ | Иное |

Употребляли ли Вы алкоголь, наркотические вещества, психотропные препараты? □ да □ нет

***Заполняется сотрудником страховой компании***

Валидность сертификата □ да □ нет Страхователь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие регистрации в сервисной компании □ да □ нет Наличие расходов сервисной компании □ да □ нет

Город подачи Заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные отметки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Результаты экспертизы** | | | | |
| □ В возмещении отказано | □ Возмещение подтверждено в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге | | |
| Иск № |  |  | |
| Счет-фактура №, дата |  |  | |
| Распоряжение №, дата |  |  | |
| Дата экспертизы |  |  | |
| Эксперт (ФИО, подпись) |  |  | |
| Заключение представлено | □ да □ нет | |  |