

В ООО Страховую Компанию «Гелиос» От
Паспорт серииNº выдан
Адрес (факт.):
Телефон: e-mail:
ку «Медицинские и иные расходы»

COMPANY@SKCELIOS.RU SKCELIOS.RU ЗАЯВЛЕНИЕ № о компенсации понесенных расходов по рис Договор /Полис страхования: № ______от ____от ___.20__ Срок страхования: с «__» _____20__ г. по «__» _____20__ г. Страхователь: Застрахованное лицо: Дата рождения Застрахованного лица: ______ являясь (верное отметить): □ Страхователем; □ Застрахованным лицом; □ Законным представителем Застрахованного лица; □ наследником Выгодоприобретателя по Договору страхования; □ Выгодоприобретателем по Договору страхования прошу компенсировать понесенные мною расходы в связи с событием, имеющим признаки страхового случая по Договору/Полису страхования, произошедшим 20 г. Страна пребывания, на территории которой произошло событие: Обстоятельства, при которых произошло событие (указать где и когда произошел страховой случай, жалобы, предпринятые действия): Дата и время обращения в Сервисную (Ассистанскую) компанию: « _» _____ 20__ г. в ____ ч.___мин. В случае, если обращения в Сервисную (Ассистанскую) компанию не было, указать причину: Дата и время обращения в медицинское учреждение: « » _____ 20_ г. в Ч. МИН. Наименование лечебного учреждения и город, в котором была оказана медицинская помощь:

Диагноз врача:																			_
Перечень расходов, связа																			
случая, с указанием из	х ст	оимс	СТИ	В	op	ИΓИ	інал	ТЬН	ΣЙ	ва	ЛЮ	те	И	ПОТ	ЦТВ€	ерж	дак	ЩИ	Χ
документов:																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8 9.																			
		/ОПОІ																	
Общая сумма понесенных Степень родства (если за	. расл бопет	одоі т бпі	изкіч _D	<u> </u>	лс	TRE	нни	к)											
Дата, когда стало известн	U U Ht	וגטשב מונס ו	иож Мож	HUC.	лдо Ти с	COR	ווחב ווחב	^ <i>) —</i> шть	. ПО	631	1K//								
Достоверность сообш	еннь	IX	MH	oю	.,,	Be	лен	ий	, 110 I	CO _Z	_۱٬۰۶ H2	acto) SIII	ем		Зая	RПE	HUI	4
подтверждаю.	,0	,,,,		0.0			до		•		•••		,,, <u></u>	1011	,	Ju		,	'-
под горидано.																			
Выплату страхового возм	ещен	ния/	обе	спеч	чен	ИЯ	про	шу	пр	оиз	вес	сти	пут	ем	пе	речі	1СЛ	ени	Я
денежных средств на счет								•					•						
Получатель:																			_
=																			
Наименование Банка полу	/чате.	ля: _																	_
				I		ĺ													
Счет получателя:																			
			-	1		ı			•	7									
ИНН Банка получателя:																			
		I	ı	-1		1													
БИК Банка получателя:																			
Britt Barina rioriy la rozzi.]										
Корреспондентский счет:																			
			ı	1		1			7										
КПП:																			
		I	I			I.	1		i										
В соответствии с условия	іми Д	Іогов	ора	/Пс	оли	ca	стра	ахо	ван	ия,	П	оав	ила	МИ	стр	axo	ван	ΙИЯ	К
заявлению прилагаются с	-		-								·				·				
□ Договор (полис) страхо	вания	яиУ	′сло	вия	стр	oax	ова	ния	(np	ОИЛ	ОЖО	ени	ек,	дог	ово	yq	пол	ису	')
страхования);					'				` '					•		., .		,	,
□ Копия паспорта/докуме	нта ۱	лос:	TORE	якая	ome	SLO.	пич	HOC	ть :	Зая	IBU	теп	а.						
□ Копия паспорта/докум	-			-										YΩ	ออน	ного	۱ ۱	пин	a
(Выгодоприобретателя); д		-			•								-				, ,	титц	ч
																	N/ E	O I II 4	_
□ Письменное согласие		-													-	•			
данных Застрахованного	JINL	ца, о	COCI	авл	ЮКІ	щи	ΧВ	pa	ieoi	чук	ו (аин	ıy,	И	nep	COF	ia) ii	эны.	X
Данных;	0005-	0-	OT'S	224			<u> </u>	41.5	(p.	~ -	Tn -		\.						
□ Копия Заграничного пас	-		-						•		-		•						_
□ выписки и счета из ме			-	-			-	-	-										
сведения о фамилии,																			
Застрахованного лица г	іри с	обраі	щен	ИИ	за	ПС	MOL	ЩЬК	ο, (0	про	вед	ценн	ΙЫΧ	М	еди	цин	СКИ	Χ

манипуляциях, т	іродолжительно	сти лечения,	перечне оказа	ІННЫХ УСЛУ	гс разы	ивкои по
датам и стоимос	•		•		•	
 медицинских учр	•	•	•			
подписью рукс						печатью
медицинского уч			• •	•	в соответ	ствии со
стандартами, пр	•		• •	•		
<u>язык</u>	·	·	· •			
 □ рецепты, вып	исанные врачо	и в связи с	обращением за	а медицин	ской пом	ощью, и
аптечные счета	•		•			
приобретенного	•					
□ счета за лабо						и. имени
Застрахованного			• • •	•	•	
переводом на р				,, ,		
□ документ, под		оплату проез	зда Застрахова	нного лиц	а в меді	ицинское
учреждение тра	-	•	-			
помощи / такси						
назначения; с за	•		•	····, ···		
пазпачепия. С за	BEDERROIM HED	тродом па ру	CCKNIN NODIK			
				несенных	Застрах	ованным
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным
	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным ;
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным ; ;
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным ; ;
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным ; ; ;
□ оригиналы во	ех документов	подтвержда	ющих факт по		Застрах	ованным ; ; ;
□ оригиналы во лицом расходов;□	ех документов с заверенным	подтвержда переводом н	ющих факт по	<u>IK</u>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
□ оригиналы волицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с за	подтвержда переводом н	ющих факт по на русский язь на русский язы на русский в	о события	произво	;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;
□ оригиналы волицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с заверенным согласен, что условиями Д	подтвержда переводом н	ющих факт по на русский язына в русский в рус	<u>ІК</u> о события колол	ı произво кениями	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
□ оригиналы волицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с заверенным согласен, что условиями Д	подтвержда переводом н	ющих факт по на русский язына в русский в рус	<u>ІК</u> о события колол	ı произво кениями	;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;
□ оригиналы во лицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с заверенным согласен, что условиями Д	подтвержда переводом н	ющих факт по на русский язына в русский в рус	ик о события ия, полох грахования	ı произво кениями і.	; ; ; одится в Правил
□ оригиналы волицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с заверенным согласен, что условиями Д	подтвержда переводом н	ющих факт по на русский язына в русский в рус	ик о события ия, полох грахования	ı произво кениями	; ; ; одится в Правил
□ оригиналы во лицом расходов; □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	с заверенным с заверенным согласен, что условиями Д основании котор	подтвержда переводом н	нощих факт по на русский языние заявленног иса страхован очен Договор ст	о события ия, полож грахования »	ı произво кениями і.	; ; ; одится в Правил

(Ф.И.О., дата рождения)	
являясь (верное отметить):	
□ Страхователем;	
□ Застрахованным лицом;	
□ Законным представителем Застрахованного лица;	
□ наследником Выгодоприобретателя по Договору страхования;	
□ Выгодоприобретателем по Договору страхования	

(Ф.И.О. Застрахованного лица, дата рождения)

Настоящим Заявлением даю разрешение ООО Страховой Компании «Гелиос» на проверку представленных мной документов, а также на получение от моего имени в правоохранительных органах, в органах записи актов гражданского состояния, федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, Страховых Компаниях, Фондах обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальных), любых лечебно-профилактических или особого типа учреждений здравоохранения и (или) частных врачей, у которых застрахованное лицо проходит и (или) проходило лечение, находится и (или) находилось под наблюдением, сведений о факте обращения застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при медицинских диагнозе застрахованного лица, обследованиях и лечении, в том числе включая право получать оригиналы и заверенные копии выписок из амбулаторных и стационарных карт, собирать любую иную информацию, касающуюся событий, обладающих признаками страхового случая и произошедших в течение срока действия Договора/Полиса. При этом врачи, иные должностные лица вышеуказанных учреждений партнеры Страховщика освобождаются ОТ обязательств конфиденциальности перед Страховщиком отношении данных о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах и о случаях обращения в медицинские учреждения за медицинской помощью.

Я уполномочиваю любое вышеуказанное учреждение и (или) врача, лиц иных компетентных учреждений (органов записи актов гражданского состояния, Бюро СМЭ, учреждений МВД и т.д.) владеющих записями о моем здоровье, передавать Страховщику по его запросу любую информацию, включая первичную медицинскую документацию, если вопрос связан с рассмотрением Страховщиком заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

Подписывая настоящее Заявление, я выражаю своё согласие на осуществление обработки (сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе – передачи), обезличивания, блокирования и уничтожения), в том числе – автоматизированного, своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в информационного Страховщика осуществления клиентскую базу данных ДЛЯ информационных сопровождения, рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в целях оказания услуг или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства РФ, использование персональных

данных в	целях	вклю	чения	ВК	лиен	тскую	базу	данных	x 000	Страхов	ой	Компан	нин
«Гелиос»,	участи	ЯВ	маркет	инго	ВЫХ	и ре	кламнь	ых акці	иях. На	астоящее	СОГ.	пасие	на
указанные	действі	ия да	но на с	рок,	необ	бходиг	иый дл	ія заклк	очения	и исполне	ения	догово	эра
страховані	ия, вклю	чая п	ериод	хран	нения	я данн	ых по ,	договор	ам стра	ахования.			
0									0 -				

Согласие предоставляется с момента подписания настоящего Заявления и действует до достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено федеральными законами. Настоящее согласие может быть отозвано при предоставлении заявления в письменной форме.

• • •			• •			
Подписание наступившего	•			признание	Страховщиком	факта
Заявитель:		Ф.И.О.	 	подпись	« <u> </u> »	20 г.