

«Доктор ОСАГО»
Перелік документів на виплату «ДМС»:

- результати тесту огляду на стан алкогольного сп'яніння, якщо вони не вказані в офіційному документі від поліції;
- письмова заява про страхову виплату встановленого зразку (згідно наданого зразка, також можливо заповнити й в довільній формі);
- копія паспорта громадянина України: 1-2 сторінка та прописки (або копія іншого документа, що посвідчує особу), завірена особистим підписом;
- копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номера Застрахованої особи, завірена особистим підписом;
- копія поліса/сервісної картки або договору страхування;
- **ОРИГІНАЛИ** документів, що свідчать про сплату вартості отриманих медичних послуг та медикаментів з відміткою банку (фіскальний чек, квитанція до прибуткового касового ордера або квитанція банківської установи); у разі відсутності у фіскальному чеку назви придбаних медикаментів, обов'язково додатково надається товарний чек або товарна накладна; за фактом надання медичних послуг без деталізації наданих послуг в платіжному документі необхідно надати деталізацію наданих послуг в вигляді акту виконаних робіт та копію прайса медичної установи;
- **МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ:**
 - копія виписного епікризу стаціонарного хворого або виписки з історії хвороби в разі стаціонарного лікування з зазначеними ПІБ, датою надання документу, датами лікування, діагнозом та переліком призначених, у зв'язку із захворюванням, медичних послуг та витратних матеріалів, медикаментів, їх дозування та термін приймання, завірена печаткою лікувального закладу та лікуючого лікаря ; **БАЖАНО**, щоб копія висновку лікаря медичного закладу або епікриза стаціонарного хворого, була завірена фахівцем СК, який приймає документи, після звірки його з оригіналом;
 - копія виписки із амбулаторної карти або консультативне заключення в разі амбулаторного лікування із зазначеними ПІБ, датою надання документу, датами лікування, діагнозом та переліком призначених, у зв'язку із захворюванням, медичних послуг та витратних матеріалів, медикаментів, їх дозування та термін приймання, завірена печаткою лікувального закладу та лікуючого лікаря.
 - копія консультативного заключення або довідки в разі стоматологічної допомоги із зазначеними ПІБ, датою лікування, діагнозом та переліком наданих стоматологічних послуг.
- у випадку отримання Застрахованою особою медичних послуг/медикаментів/витратних матеріалів в приватному медичному закладі (суб'єкт господарювання будь-якої форми), надається належним чином завірена копія ліцензії;
- - інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.

«Доктор ОСАГО»

Перелік документів на виплату «Виплата по здоров'ю»:

- Рішення суду про притягнення водія нашого ТЗ до відповідальності (кримінальної або адміністративної)
- результати тесту огляду на стан алкогольного сп'яніння, якщо вони не вказані в офіційному документі від поліції
- письмова заява про страхову виплату встановленого зразку (згідно наданого зразка, також можливо заповнити й в довільній формі);
- копія паспорта громадянина України: 1-2 сторінка та прописка (або копія іншого документа, що посвідчує особу), завірена особистим підписом;
- копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номера Застрахованої особи, завірена особистим підписом;
- копія поліса/сервісної картки та/або договору страхування «Доктор ОСАГО»;
- копія виписного епікризу стаціонарного хворого або виписки з історії хвороби із зазначеними ПІБ, датою надання документу, датами лікування, діагнозом та проведеним оперативним втручанням, завірену печаткою лікувального закладу та лікуючого лікаря;
- інші документи на вимогу Страховика, які мають суттєве значення для підтвердження страхового випадку.

Заяву одержано «___» _____ 20__ р.
Реєстраційний № _____

(П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву)

(підпис)

ПІБ застрахованого

паспорт серія _____ № _____
виданий _____ «___» _____ 20__ р.

Мешкає за адресою:

Тел. _____
Договір страхування «Доктор ОСАГО» № _____ від _____

Ідентифікаційний номер _____

ЗАЯВА про здійснення страхової виплати

На умовах Договору добровільного медичного страхування та страхування на випадок хвороби «Доктор ОСАГО» прошу Вас виплатити мені страхове відшкодування в розмірі _____ грн. _____ коп. (прописом) _____, які були використані мною на придбання медикаментів, сплату медичних послуг за призначенням лікаря при лікуванні в амбулаторних/стаціонарних умовах. Підкреслити режим лікування!

Дата настання страхового випадку «___» _____ 20__ р. Зазначити місце та обставини події (коротко) _____

Дата звернення в компанію «___» _____ 20__ р.
Період перебування на лікуванні, назва медичного закладу: _____

Діагноз медичного закладу (за медичною документацією): _____

До Заяви додаю наступні документи:

№	Документи	Кількість
1.	Копія Договору медичного страхування	
2.	Копія паспорту Застрахованої особи	
3.	Копія ідентифікаційного номеру Застрахованої особи	
4.	Направлення лікаря на лікування, діагностику, консультацію, інший вид медичної допомоги	
5.	Справка, заключення, результат обстеження (копія)	
6.	Рецепт або вимога лікаря в аптеку	
7.	Копія листа непрацездатності	
8.	Виписка з амбулаторної картки	
9.	Виписка з історії хвороби (виписний епікриз)	
10.	Копії установчих документів (в випадку звернення в приватну установу) ліцензія та свідоцтво про реєстрацію або виписка з ЕДРПОУ	
11.	Рахунок з медичного закладу (з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг, або прайс)	
12.	Касовий чек/ квитанція до прибуткового касового ордера на суму _____ грн. _____ коп.	
13.	Фіскальні чеки на суму _____ грн. _____ коп.	
14.	Товарні чеки на суму _____ грн. _____ коп.	
15.	Рішення суду про притягнення водія нашого ТЗ до відповідальності (кримінальної або адміністративної)	
16.		

Страхове відшкодування прошу виплатити наступним чином:



Шляхом перерахування грошових коштів на особистий розрахунковий рахунок/картковий рахунок (за наявності картки ПРИВАТБАНК тільки номер картки) :

Банк _____, Р/Р _____, МФО _____, ЗКПО _____
особистий картковий рахунок(для ПРИВАТБАНК номер картки) _____.



Через систему «PrivatMoney» (ПАТ Приватбанк) за відсутності ідентифікаційного коду :

Достовірність всієї інформації в цій заяві підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації мені буде відмовлено у страховій виплаті згідно з вимогами чинного законодавства України.

В обов'язковому порядку своїм підписом даю згоду на отримання інформації від будь-яких лікувально-профілактичних установ, закладів охорони здоров'я, про мої персональні дані, які є в історіях хвороби, амбулаторних картах і інших облікових медичних формах.

Адреса : м.Полтава, індекс 36008; вул. Європейська, 225, оф 213 (2 поверх).

дата заповнення заяви

ПІБ (підпис) Застрахованої особи

Заяву одержано «___» _____ 20__ р.
Реєстраційний № _____

(П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву)

(підпис)

ПІБ застрахованого

паспорт серія _____ № _____
виданий _____ «___» _____ 20__ р.

Мешкає за адресою:

Тел. _____
Договір «Доктор ОСАГО» № _____ від _____

Ідентифікаційний номер _____

ЗАЯВА

про здійснення страхової виплати

На умовах Договору добровільного медичного страхування та страхування на випадок хвороби «Доктор ОСАГО» прошу Вас здійснити мені страхову виплату.

Дата настання страхового випадку «___» _____ 20__ р. Зазначити місце та обставини події (коротко) _____

Дата звернення в компанію «___» _____ 20__ р.
Період перебування на лікуванні, назва медичного закладу: _____

Діагноз медичного закладу (за медичною документацією): _____

До Заяви додаю наступні документи:

№	Документи	Кількість
1.	Копія Договору «Доктор ОСАГО»	
2.	Копія полісу автоцивілки	
3.	Копія паспорту Застрахованої особи	
4.	Копія ідентифікаційного номеру Застрахованої особи	
5.	Направлення лікаря на лікування, діагностику, консультацію, інший вид медичної допомоги	
6.	Довідка, заключення, результат обстеження (копія)	
7.	Виписка з амбулаторної картки	
8.	Виписка з історії хвороби (виписний епікриз)	
9.	Рішення суду про притягнення водія нашого ТЗ до відповідальності (кримінальної або адміністративної)	
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

Страхове відшкодування прошу виплатити наступним чином:

☐ Шляхом перерахування грошових коштів на особистий розрахунковий рахунок/картковий рахунок (за наявності картки ПРИВАТБАНК тільки номер картки) :

Банк _____, Р/Р _____, МФО _____, ЗКПО _____
особистий картковий рахунок(для ПРИВАТБАНК номер картки) _____.

☐ Через систему «PrivatMoney» (ПАТ Приватбанк) за відсутності ідентифікаційного коду :

Достовірність всієї інформації в цій заяві підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації мені буде відмовлено у страховій виплаті згідно з вимогами чинного законодавства України. В обов'язковому порядку своїм підписом даю згоду на отримання інформації від будь-яких лікувально-профілактичних установ, закладів охорони здоров'я, про мої персональні дані, які є в історіях хвороби, амбулаторних картах і інших облікових медичних формах.

Адреса : м.Полтава, індекс 36008; вул. Європейська, 225, оф 213 (2 поверх),

дата заповнення заяви

ПІБ (підпис) Застрахованої особи