



## — Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Дата наступления события ДД.ММ.ГГ.   .   .

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

Оплата медицинских услуг       Лекарственное обеспечение       Иное

Сумма понесенных расходов

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

## — Банковские реквизиты получателя выплаты (прилагаются)

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ в целях исполнения Договора страхования:

«Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») в медицинских и судебно-экспертных организациях (учреждениях) независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности , а также в органах и учреждениях системы МВД РФ, МЧС РФ, и иных правоохранительных структурах РФ. Я соглас(на)ен на получение Страховщиком сведений и/или документов (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, в следующих организациях:

- медицинских организациях (включая лечебно-профилактические, судебно-медицинские и иные специализированные организации, госпитали, поликлиники, медико-санитарные части — юридические лица независимо от ведомственной принадлежности, осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии, любых учреждениях здравоохранения, а также учреждениях особого типа (центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическим бюро) и органах социальной защиты информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;

- работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ.

**К настоящему заявлению прилагаются (отметить документы):**

- Договор с медицинской организацией
- Акт выполненных работ
- Протокол (назначение) врача
- Рецепт
- Кассовые чеки, подтверждающие оплату
- Банковские реквизиты получателя
- Копия паспорт (свидетельство о рождении)

.   .

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.