



Боровицкое
страховое
общество

В АО «Боровицкое страховое общество»
Лицензии от 12.03.2024 ОС № 3064-03, СИ № 3064, СЛ № 3064
119049, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Якиманка,
ул. Мытная, д. 1, стр. 1, тел.: (495) 540-51-10,
e-mail: info@bsoinsur.ru, www.bsoinsur.ru
ОГРН 1027700533145 ИНН 7714034590

Заявление о событии, имеющем признаки страхового случая,
по договору добровольного медицинского страхования

Данные по полису №:

от
ДД.ММ.ГГ.

Прошу рассмотреть заявление и, в случае признания события страховым, произвести страховую выплату:

Данные заявителя

Заявитель
ФИО полностью

Дата рождения
ДД.ММ.ГГ.

Документ, удостоверяющий личность:

Тип документа Серия Номер

Кем выдан

Дата выдачи
ДД.ММ.ГГ. Код подразделения -

ИНН РФ Нет гражданства РФ ☐

Адрес проживания (почтовый):

Индекс Область/край/
республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

Контактная информация:

Телефон +7

E-mail

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления и/или запроса, необходимых для рассмотрения заявления и документов.

Я подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ),
супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ.

При отметке «Да» необходимо заполнить анкету ПДЛ, приложение к заявлению: ☐ Да

*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Страховщика bsoinsur.ru. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ в соответствии с 115-ФЗ.

Заявитель действует:

☐ от обственного имени и в своих интересах

☐ от имени и в интересах застрахованного лица

Данные застрахованного лица:

Заполнить если заявитель не является застрахованным лицом

Застрахованное лицо
ФИО полностью

Дата рождения
ДД.ММ.ГГ.

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.

— 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 27.07.2006г. № 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, патологоанатомическом 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.