

КАК ВОЗМЕСТИТЬ ПОНЕСЕННЫЕ РАСХОДЫ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Для возмещения понесенных расходов необходимо предоставить в страховую компанию:

- Заполненное заявления. С образцом заполнения заявления можно ознакомиться [здесь](#).
- Пакет документов.

Заявление может подать сам застрахованный или его законный представитель (родители за несовершеннолетних детей/представитель по доверенности). Заявление заполняется на каждое застрахованное лицо.

Документы можно подать:

- В офисе страховой компании. В случае возникновения вопросов Вы можете обратиться по круглосуточному номеру телефона +7 (495) 788 0 999.
- Направив заказное письмо почтой по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31 Б, АО «АльфаСтрахование», Управление страхование путешественников, Отдел урегулирования убытков.

Срок рассмотрения обращения — 15 рабочих дней. Решение о выплате принимается на основании полного пакета документов. Если Вами предоставлен не полный пакет документов, мы направим Вам дополнительный запрос. Выплата осуществляется в течение 7 рабочих дней с момента принятия решения Страховщиком.

Список документов:

В случае заболевания или травмы

- Оригинал ски-пасса с читаемым ID-номером.
- Копия гражданского паспорта (страница с фотографией; страница с регистрацией по месту жительства).
- Финансовые и платежные документы (счета за оказанные услуги, чеки, квитанции, заверенная банком выписка и др.).
- Медицинские документы (медицинский отчет с указанием диагноза, рецепты, назначения врача и др.).
- Документы, подтверждающие родственную связь (если применимо).
- Документы, подтверждающие факт застрахованной поездки (транспортные документы, бронь отеля/апартаментов).

КАК ПОЛУЧИТЬ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПО НЕСЧАСТНОМУ СЛУЧАЮ

Основные условия страхования

- Под **Несчастливым Случаем** понимается внезапное, внешнее для Застрахованного кратковременное событие, произошедшее в период действия Договора страхования и повлекшее за собой утрату Застрахованным трудоспособности, либо его смерть.
- **Страховой риск** - предполагаемое событие, предусмотренное Договором страхования, на случай наступления которого проводится страхование.

Договор страхования от Несчастливого Случая обеспечивает страховую защиту при наступлении следующих событий:

- Смерть в результате Несчастливого Случая
- Установление группы инвалидности в результате Несчастливого случая
- Травма в результате Несчастливого случая

Как получить страховые выплаты

1. Распечатайте и заполните бланк Заявления на страховую выплату (стр. № 5 Памятки)
2. Соберите пакет документов, в соответствии со списком на стр. № 2 Памятки. (Все документы предоставляются в оригиналах или в виде заверенных копий).
3. Отправьте Заявление и пакет документов Почтой России (заказным письмом), либо другой почтовой службой или курьерской службой по следующему адресу:

**115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, строение Б, АО "АльфаСтрахование",
кому: "Отдел урегулирования убытков по несчастным случаям"**

4. Или Вы можете привезти документы лично в Клиентский офис АО "АльфаСтрахование":

г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. 5, подъезд 1

Вывеска "АльфаСтрахование". График работы офиса:

- 👉 Пн.-Пт. с 9.00 до 20.00, Сб. с 9.00 до 18.00
- 👉 Вс. и государственные праздники – выходной

На табло электронной очереди, при выборе услуги, необходимо выбирать "Страхование Работодателем от несчастного случая и болезней". Далее - "Урегулирование убытков", "Первичная регистрация заявления/Внесение недостающих документов". Привезти документы может и иное доверенное лицо Застрахованного.

Список документов для подачи Заявления на страховую выплату.

Ваш Договор страхования от Несчастливого Случая обеспечивает страховую защиту при наступлении следующих событий:

Смерть в результате Несчастливого Случая
Установление группы инвалидности в результате Несчастливого случая
Травма в результате Несчастливого случая.

Для подачи заявления на страховую выплату по любому из этих событий потребуются следующие документы:

1. Заявление на страховую выплату;
2. Оригинал ски-пасса с читаемым ID-номером
3. Копия паспорта Застрахованного (1 страница), и Заявителя (1 страница) (в случае, если Заявителем является лицо, отличное от Застрахованного)

4. Копия паспорта Получателя страховой выплаты (1 страница), (в случае, если Получателем является лицо, отличное от Застрахованного)
5. В случае если произошедшее событие подлежит расследованию правоохранительными органами в порядке, установленном законодательством РФ дополнительно предоставляются материалы расследования компетентными органами факта заявленного события.

К заявлению приложите документы, подтверждающие факт наступления страхового события, а именно:

1. В случае травматического повреждения в результате Несчастного Случая:
 - 1.1. справка из пункта медицинского обслуживания поселка Домбай с указанием первичного диагноза и даты его установления, удостоверяющая обращение Застрахованного в пункт медицинского обслуживания поселка Домбай по поводу ущерба здоровью, в связи с происшествием на горнолыжном склоне;
 - 1.2. документы из медицинского учреждения (справки, выписки) по первичному обращению и дальнейшему лечению, подтверждающие факт получения травмы и описывающие обстоятельства получения травмы. В медицинских документах, в том числе должны быть указаны:
 - 1.2.1. дата и обстоятельства получения травмы;
 - 1.2.2. наименование полного клинического диагноза, код диагноза по МКБ-10;
 - 1.2.3. сроки амбулаторного и/или стационарного лечения;
 - 1.2.4. результаты проведенных диагностических исследований (рентгенографии, КТ, УЗИ, МРТ, анализов и т.д.) и лечебных мероприятий, подтверждающих установленный диагноз.
2. В случае установления Застрахованному инвалидности I, II или III группы:
 - 2.1. справка из пункта медицинского обслуживания поселка Домбай с указанием первичного диагноза и даты его установления, удостоверяющая обращение Застрахованного в пункт медицинского обслуживания поселка Домбай по поводу ущерба здоровью, в связи с происшествием на горнолыжном склоне;
 - 2.2. справка МСЭ (медико-социальной экспертизы) об установлении группы инвалидности;
 - 2.3. Протокол проведения освидетельствования в бюро МСЭ установленной формы;
 - 2.4. Направление на МСЭ (форма 088/у), заверенная печатью лечебного учреждения;
 - 2.5. выписка из истории болезни с указанием диагнозов и сроков госпитализации (в случае стационарного лечения) или из амбулаторной карты (в случае амбулаторного лечения).
3. В случае смерти Застрахованного:
 - 3.1. нотариально заверенная копия Свидетельства о смерти Застрахованного;
 - 3.2. копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (справка о смерти/медицинское свидетельство о смерти/заключение судебно-медицинской экспертизы, копия протокола патологоанатомического/судебно-медицинского вскрытия);
 - 3.3. посмертный эпикриз (выписка из истории болезни с посмертным диагнозом) - в случае смерти в больнице или выписка из амбулаторной карты (в случае смерти на дому);
 - 3.4. в случае, если Застрахованным при жизни не был назначен конкретный Выгодоприобретатель по риску «Смерть», предоставляется Свидетельство о праве на наследство на страховую выплату по договору с указанием законных наследников и их долей, выданное нотариусом, либо нотариальная Справка с указанием с указанием законных наследников и их долей.
 - Все документы предоставляются на русском языке или с нотариально заверенным переводом с иностранного языка на русский язык.
 - В случае необходимости Страховая компания может запросить и иные документы в соответствии с Правилами страхования, достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая.

Требования к документам:

Документы предоставляются в печатном виде, или разборчиво написанные от руки. Медицинские документы должны быть заверены оригинальными (синими) печатями врача и организации, выдавшей оригинал документа, либо нотариально.

👉 Обращаем Ваше внимание на то, что оригиналы документов, направленные в страховую компанию, после рассмотрения заявления **не подлежат возврату**. Если оригиналы медицинских документов нужны Вам для продолжения лечения, пожалуйста, предоставляйте в страховую компанию дубликаты этих документов, либо копии, снятые с оригиналов, заверенные оригинальной (синей) печатью медицинского учреждения, либо нотариально.

Срок рассмотрения заявления после предоставления полного пакета документов (последнего по запросу) – до 10 рабочих дней, исключая общепринятые выходные и официальные праздничные дни.

В случае признания события страховым случаем, перечисление денежных средств происходит в течение 1-5 рабочих дней после принятия решения, на счёт Получателя выплаты, указанный в Заявлении.

Как заполнить заявление

1. Заявление заполняет сам Застрахованный (если на момент заполнения заявления ему 18 и более лет) или его законный представитель (родитель/ опекун) от своего имени;
2. В графе «ИНН» указывается ИНН Заявителя (физ. лица);
3. В графе «являясь» Заявитель указывает свою роль в Договоре страхования, например, Застрахованный/ Выгодоприобретатель/ законный представитель Застрахованного;
4. В графе «Договор/полис страхования» указывается номер Договора либо Наименование компании Работодателя в случае, если номер заявителю неизвестен;
5. В графе «сообщаю о событии...» указываются обстоятельства события, которые привели к страховому случаю (указывать здесь диагнозы, установленные в ЛПУ, не нужно);
6. В графе «событие произошло» указывается дата события;
7. В графе «страховую выплату направить...» Заявитель указывает:

Название банка - название банка, где открыт счет;
Филиал: - номер или название филиала банка, где открыт счет (при наличии);
ИНН банка - ИНН Банка, где открыт счет;
БИК - БИК Банка, где открыт счет;
Расчетный счет - р/с Банка (при наличии);
Корр. счет - корреспондентский счет Банка;
№ счета получателя - личный счет получателя (всегда 20 знаков).

8. В графе «Получатель» – Заявитель указывает ФИО получателя страховой выплаты;
9. В графе «Паспорт» - указываются реквизиты документа получателя (№ паспорта, когда и кем выдан);
10. В графе «Адрес прописки» - адрес регистрации Застрахованного;
11. В графе «Адрес для корреспонденции» - адрес проживания Застрахованного;
12. В графе «Контактный тел.» - контактный телефон Застрахованного;
13. В графе «Дата» - дата заполнения заявления;
14. В графе «Подпись» - подпись Заявителя.

Заявление может быть Заполнено Заявителем от руки, но **разборчивым** почерком.

Генеральному директору
АО «АльфаСтрахование»,
г-ну Скворцову В.Ю.

от: _____
(Фамилия И.О.)

Заявление на страховую выплату

Я, _____ являюсь
(Фамилия Имя Отчество)

_____ по Договору
(Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем, наследником, законным представителем)
страхования № _____ от _____ 20 ____ г.

Адрес регистрации:

Тел.: _____ E-mail: _____ ИНН: _____

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным лицом:

(ФИО Застрахованного, дата рождения)

(Указывается последовательность событий, характер травмы/заболевания, степень тяжести, меры, принятые по оказанию первой помощи и т.п.)

Событие произошло: _____
(дата события)

Прошу рассмотреть возможность выплаты страхового обеспечения в установленном порядке. К заявлению прилагаю (см. на обороте) Список прилагаемых документов написать на обороте Заявления, заверить подписью и поставить дату.

Форма получения страховой выплаты

Страховую выплату прошу направить на расчетный счет (указать ниже):

Название банка:	_____
ИНН банка:	_____
БИК:	_____
Расчетный счет/счет получателя:	_____
Получатель (ФИО):	_____
Паспорт: (серия, номер, где, кем и когда выдан)	_____

Если выплату получает нерезидент, то к Заявлению необходимо приложить копию документа подтверждающего право нахождения на территории РФ.

Подпись: _____ Дата: _____

Согласен(а) на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в настоящем Заявлении (а также иных персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении Договора страхования/Полиса), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения Договора страхования (полиса), а также информирования Страхователя о программах страхования, о сроке действия Договора (полиса) и иными целями. Срок использования и обработки персональных сведений до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве настоящего Согласия.

ФИО: _____

Подпись: _____ Дата: _____