в Департамент медицинского страхования
СПАО «Ингосстрах»

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

являющегося (отметить нужное знаком ✓)

застрахованным лицом ☐

представителем застрахованного лица[1] (основание представительства – законное представительство, представительство по доверенности, реквизиты доверенности) ☐

по договору № _____ от _____ (полис № _____)

Фактический адрес места жительства заявителя, контактный телефон заявителя: _____
_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату путём возмещения предусмотренных программой страхования расходов

Прошу произвести страховую выплату путём возмещения расходов по договору добровольного медицинского страхования в рамках программы
«_____»
на общую сумму (указать сумму цифрами и прописью)
_____ рублей _____ коп.
и на основании следующих документов, предусмотренных указанной программой страхования и приложенных к настоящему заявлению:
_____
_____
_____
_____
_____

Страховую выплату прошу осуществить (отметить нужное знаком ✓):

☐ на мой расчетный счет, банковские реквизиты (прилагаются)

☐ моему доверенному лицу на расчетный счет (банковские реквизиты и доверенность, оформленная в соответствии с законодательством РФ (нотариально удостоверенная), прилагаются)

Настоящим Заявлением я разрешаю любому медицинскому работнику или любой медицинской организации, имеющим информацию о здоровье Застрахованного лица, в том числе об истории заболевания, физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе состояния здоровья Застрахованного, предоставлять эту информацию, а также любые медицинские документы, содержащие информацию о здоровье Застрахованного, страховой компании СПАО «Ингосстрах». Настоящее разрешение действительно в течение пяти лет, начиная со дня страхового случая. Копия настоящего разрешения в такой же степени действительна, как и оригинал.

Я разрешаю СПАО «Ингосстрах» использовать указанную выше информацию только для решения вопросов, связанных с рассмотрением события на предмет признания случая страховым и определения размера страховой выплаты.

_____ / _____ «_____» _____20__ г.
(подпись заявителя, расшифровка подписи)

Заявление принял работник / представитель СПАО «Ингосстрах» _____
(Ф.И.О.)

Дата принятия Заявления «____» _____ 20__ г.[2]

Копия заполненного Заявления передается заявителю.

Внимание!!! Неполные или некорректно указанные реквизиты счёта приведут к задержке страховой выплаты.
Следующие банковские реквизиты должны быть предоставлены в СПАО «Ингосстрах»:
Получатель: _____
(фамилия, имя, отчество застрахованного / доверенного лица полностью)

Банк получателя: _____
(для подразделений ПАО Сбербанк обязательно указать номер отделения и филиала)

БИК банка получателя: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИНН Банка получателя: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Корреспондентский счет банка получателя: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Расчетный (межфилиальный) счет банка получателя: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Лицевой счет (счет карточного счета) получателя:

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Для физических лиц, 20 знаков обязательно, после знака «/» возможен дополнительный код

_____ «_____» _____20___ г.
(подпись заявителя) (дата)

---

[1] Если заявление подаётся представителем по доверенности или если в заявлении указаны реквизиты счёта, владельцем которого не является застрахованное лицо или его законный представитель, то к заявлению необходимо приложить копию нотариально заверенной доверенности, подтверждающей в том числе право получения денежных средств представителем-заявителем и (или) владельцем счёта, отличным от застрахованного лица или его законного представителя.

[2] При отправке заявления по почте дата подачи заявления определяется датой, проставленной на конверте почтовым штемпелем при приеме корреспонденции в почтовом отделении или датой оформления почтовой квитанции (чека) об оплате отправки заказного письма с уведомлением.