

## Документы прилагаемые к убытку № \_\_\_\_\_

Наименование документа	Дата получения	Подпись лица, предоставившего документ	Подпись специалиста, принявшего документ
<b>ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ к предоставлению документы</b>			
Заявление о страховом событии			
Страховой полис/Договор страхования с приложениями, квитанция об оплате			
Документ, удостоверяющий личность получателя (Застрахованного, Выгодоприобретателя, наследника) Если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица.			
Договор на оказание платных медицинских услуг			
Оригинал документа, подтверждающего факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений - выписка из амбулаторной карты, выписной эпикриз.			
Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств - оригиналы или копии рецептов из медицинской организации			
Для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг - реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости			
Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения - оригиналы или копии документов из медицинской организации с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе)			
Оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения - кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости			
<b>Иные документы</b>			

Обязуюсь предоставить предусмотренные условиями страхования документы в полном объеме. В случае невыполнения данного требования Страховая компания имеет право приостановить выплату страхового возмещения.

<p><b>Страхователь/Представитель страхователя:</b></p> <p style="text-align: center;">_____ / _____</p> <p style="text-align: center;">(подпись) (Ф.И.О.)</p> <p style="text-align: center;">Дата заполнения заявления: « ____ » _____ 20__ г.</p>	<p><b>Представитель страховой компании:</b></p> <p style="text-align: center;">_____ / _____</p> <p style="text-align: center;">(подпись) (Ф.И.О.)</p> <p style="text-align: center;">Дата получения заявления: « ____ » _____ 20__ г.</p>
--	--