Graphic1

**ПАМЯТКА ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

**(далее – Памятка)**

**1. Основные условия страхования**

**Под болезнью** понимается опасное инфекционное заболевание: коронавирусная инфекция COVID-19, вызванная инфицированием штаммом коронавируса SARS-CoV-2, диагностированная на основании лабораторных тестов на наличие SARS-CoV-2 методом ПЦР (полимеразной цепной реакции), и / или другим методом лабораторной диагностики официально признанным Министерством здравоохранения РФ в качестве метода специфической лабораторной диагностики данного заболевания, в период действия Договора страхования (Полиса-оферты).

**Под смертельно опасным заболеванием** понимается первичное установление Застрахованному окончательного диагноза смертельно опасного заболевания: коронавирусная инфекция (COVID-19), вызванная инфицированием штаммом коронавируса SARS-CoV-2, диагностированное на основании лабораторных тестов на наличие SARS-CoV-2 методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) и / или другим методом лабораторной диагностики официально признанным компетентными государственными органами на момент постановки диагноза, в период действия Договора страхования (Полиса-оферты)..

Событие признаётся страховым в случае соблюдения следующих условий: наличие клинических проявлений пневмонии, сопровождающейся развитием одного из состояний: острая дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром, сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок, синдром полиорганной недостаточности.

**Страховыми рисками являются:**

1. Смерть в результате болезни;
2. Диагностирование смертельно опасного заболевания.

Страховая сумма и порядок выплаты указывается в Индивидуальном сертификате Застрахованного.

**2. Порядок действий при наступлении страхового события**

1. **Уведомить сотрудников Отдела урегулирования убытков** в течение 30 дней с момента наступления события любым возможным способом:

⮚ по телефону: 8-800-755-50-02

⮚ по e-mail: claimcorp@alfastrah.ru

В теме письма необходимо указать наименование Страхователя и ФИО Застрахованного

**Для уведомления необходимо указать следующую информацию:**

* + ФИО Застрахованного;
  + дата события;
  + диагноз
  + ФИО и контактные данные Заявителя.

1. **Сформировать пакет документов** (документы предоставляются Застрахованным или Законным представителем Застрахованного)

**Важно!** **Все документы предоставляются после окончания лечения!**

**● во всех случаях:**

1. Заявление на страховую выплату (в Приложении) с подробным описанием обстоятельств несчастного случая и указанием полных банковских реквизитов для безналичного перечисления денег;
2. Копия паспортных данных Заявителя (1 страница + страница с пропиской);
3. Копия паспортных данных получателя выплаты (1 страница + страница с пропиской), если получатель страховой выплаты не является Застрахованным.

К заявлению прилагаются документы, подтверждающие факт случая, имеющего признаки страхового случая, а именно:

**Во всех случаях:**

* Заполненное Выгодоприобретателем Заявление на страховую выплату;
* Документ, удостоверяющий личность Выгодоприобретателя;

**В случае смерти:**

* Копия предусмотренного действующим законодательством документа, содержащего сведения о причине смерти Застрахованного (окончательное медицинское свидетельство о смерти, окончательное заключение судебно-медицинской экспертизы, справка о смерти и т.п.);
* Копия Свидетельства о смерти;
* Выписка из истории болезни с посмертным диагнозом (посмертный эпикриз);
* Копии лабораторных тестов на наличие РНК 2019-nCoV методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) и / или другим методом лабораторной диагностики официально признанным Министерством здравоохранения РФ в качестве метода специфической лабораторной диагностики данного заболевания;
* Свидетельство о праве на наследство

**При диагностировании смертельно опасного заболевания:**

* Выписки из историй болезни. В документах должна быть указана дата постановки диагноза и дата первого обращения к врачу, сроки госпитализации, проведенное лечение;
* копии лабораторных тестов на наличие РНК 2019-nCoV методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) и / или другим методом лабораторной диагностики официально признанным Министерством здравоохранения РФ в качестве метода специфической лабораторной диагностики данного заболевания.

**Важно!** Документы предоставляются в печатном виде или разборчиво написанные от руки. Копии документов, передаваемых Страховщику, должны быть заверены нотариально либо органом (учреждением), выдавшим оригинал документа.

**☝ В случае необходимости Компания может запросить и иные документы в соответствии с Правилами страхования,** достоверно свидетельствующие о факте и обстоятельствах наступления несчастного случая.

**3) Передать документы по страховому случаю возможными способами:**

● Заказным письмом с уведомлением по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б

● Привезти лично (передать с курьером) по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, д. 31, стр. Б

**Как заполнить заявление на страховую выплату**

1. Заявление заполняет сам Застрахованный или его законный представитель/Выгодоприобретатель;
2. В графе **«от»** Заявитель указывает Фамилию и инициалы;
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;
5. В графе **«Дата»** указывается дата Договора;
6. В графе **«Страховая сумма»** указывается сумма по риску в соответствии с программой страхования;
7. В графе **«сообщаю о событии….»** указываются обстоятельства события, которые привели к страховому случаю (*указывать здесь диагнозы, установленные в ЛПУ, не нужно*);
8. В графе **«событие произошло»** указывается дата события;
9. В графе **«страховую выплату направить на расчетный счет»** 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!!!).

1. В графе «**Получатель**» – Заявитель указывает ФИО получателя страховой выплаты;
2. В графе **«Паспорт»** - указываются реквизиты документа получателя (№ паспорта, когда и кем выдан);
3. В графе «**Адрес прописки»** - адрес Получателя в соответствии с пропиской;
4. В графе **«Адрес для корреспонденции»** - адрес, на который при необходимости будет направляться корреспонденция Заявителю;
5. В графе «**Контактный тел**.» - контактный телефон Заявителя;
6. В графе **«E-mail» -** адрес электронной почты Заявителя;
7. В графе **«Дата»** - **реальная** дата заполнения заявления;
8. В графе «**Подпись»** - подпись Заявителя.

Все поля обязательны к заполнению! Заявление может быть Заполнено Заявителем от руки, но разборчивым почерком!

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

**Заявление на страховую выплату**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *(Ф.И.О.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| являясь | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | по Полису - | | |
|  | | *(Застрахованным, Выгодоприобретателем, Страхователем, наследником, законным представителем)* | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |
| Оферте№ | | | |  | | | | | | | | от | « | |  | | » |  | 20 |  | г. |
| Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Адрес для корреспонденции: | |  | | Контактный телефон: | |  | | E-mail: |  | |   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: | | | | | | « |  | » |  | 20 |  | | | г. | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 число*).  **Страховую выплату направить: на расчетный счет** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название банка: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Филиал: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН банка: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| БИК: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Расчетный счет: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Корр. счет: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № счета получателя: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получатель: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | (Ф.И.О.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (серия, №, где, кем и когда выдан) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Согласен 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  | Подпись |  |

Настоящим выражаю свое согласие на получение АО «АльфаСтрахование» в целях исполнения договора страхования и перестрахования: медицинской информации от любого врача (медицинского учреждения), у которого я когда-либо консультировался и/или лечился, а также буду обращаться в последующем; на получение необходимой информации в правоохранительных, медицинских и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной мной информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления страхового случая; на получение любой информации от страховых компаний, к которым я обращался на страхование жизни, данное согласие дано без ограничения срока действия.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  | Подпись |  |

FAQ: