

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА /ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ

ДЕЙСТВИЯ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ /ИНОГО СОБЫТИЯ, ПРЕДУСМОТРЕННОГО ДОГОВОРом СТРАХОВАНИЯ.



- Незамедлительно обратитесь за медицинской помощью.
- В течение 30 дней сообщите о случившемся в Страховую Компанию «Гелиос».
- Подготовьте необходимые документы и предоставьте в ближайший офис Страховой Компании «Гелиос» или отправьте по почте в Центральный офис по адресу: 350015, Краснодарский край, г. Краснодар, Новокузнецкая ул., д. 40, оф 68. Также можно предварительно направить копии документов в адрес эл. почты: claims_ns@skgelios.ru

ДОКУМЕНТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ СТРАХОВЩИКУ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.

1.1. Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Застрахованного лица (Выгодоприобретателя), содержащего фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, гражданство, место регистрации Застрахованного лица (Выгодоприобретателя – физического лица), полное наименование, ИНН, ОГРН, адрес места нахождения, номер телефона, фамилию, имя отчество единоличного исполнительного органа Выгодоприобретателя – юридического лица, номер договора страхования, подробное описание обстоятельств страхового случая, дату произошедшего события, с указанием, если не предусмотрено договором страхования, способа получения страховой выплаты (наличными денежными средствами или безналичным перечислением с указанием полных банковских реквизитов), а также документов, указанных в п.п.12.2 - 12.6 Правил страхования.

1.2. Для получения страховой выплаты Страховщику также должны быть предоставлены:

а) согласие на обработку персональных данных (в случаях, если в соответствии с законодательством Российской Федерации Страховщик не вправе обрабатывать персональные данные без такого согласия);

б) документы, удостоверяющие личность обратившегося за страховой выплатой;

с) от представителя Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) - выданная и оформленная в установленном порядке доверенность, уполномочивающая данного представителя действовать от имени Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица);

д) банковские реквизиты получателя выплаты (если договором страхования предусмотрена страховая выплата по безналичному расчету или если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты).

Смерть в результате несчастного случая или в результате заболевания /болезни:

а) страховой полис/договор страхования со всеми приложениями к нему;

б) свидетельство о смерти;

с) врачебное (медицинское) свидетельство о смерти Застрахованного лица;

д) посмертный эпикриз, протокол патологоанатомического вскрытия или акт судебно-медицинского исследования (если вскрытие не производилось - заявление родственников об отказе от вскрытия и справка из патологоанатомического отделения, на основании которой выдается свидетельство о смерти);

е) документ компетентных органов, подтверждающий обстоятельства произошедшего события (например: при ДТП - справка ГИБДД, при причинении вреда жизни или здоровью - постановление о возбуждении уголовного дела, выписка из протокола органа внутренних дел. Оригинал справки соответствующего органа МВД, Следственного комитета, если причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица или обстоятельства его наступления зафиксированы им в соответствии с действующим законодательством; во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, повлекших причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, принимали участие органы МВД, Следственного комитета или прокуратуры - постановление следственных органов о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела либо принятое по делу решение, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении);

ф) акт о несчастном случае на производстве, если страховой случай связан с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, а также акт расследования тяжелого несчастного случая на производстве (при наличии);

г) выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного;

h) выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования (страхового полиса) профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае смерти Застрахованного лица в результате болезни (естественных причин));

и) акт судебно-химического исследования;

j) нотариально заверенное свидетельство о вступлении в права наследования (если в договоре страхования не указан конкретный Выгодоприобретатель).

Постоянная (полная или частичная) утрата трудоспособности (Установление группы инвалидности) в результате несчастного случая или в результате заболевания / болезни:

а) страховой полис/договор страхования со всеми приложениями к нему;

б) копии закрытых листков нетрудоспособности за период, предшествующий установлению группы инвалидности из лечебного учреждения, где проводилось лечение, обследование, справка из травмпункта;

с) оригинал свидетельства (справки) МСЭК об установлении Застрахованному лицу группы инвалидности (для Застрахованных лиц в возрасте до 18-ти лет - оригинал справки, выданной отделом социального обеспечения по месту жительства родителей, опекуна, попечителя), если требование о страховой выплате связано с установлением Застрахованному лицу группы инвалидности;

е) документ компетентных органов, подтверждающий обстоятельства произошедшего события (например: справка ГИБДД, постановление о возбуждении уголовного дела, выписка из протокола органа внутренних дел и т.п.; оригинал справки соответствующего органа МВД, Следственного комитета, если причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица или обстоятельства его наступления зафиксированы им в соответствии с действующим законодательством; во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, повлекших причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, принимали участие органы МВД, Следственного комитета или прокуратуры - постановление следственных органов о возбуждении

уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела либо принятое по делу решение, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении);

f) акт о несчастном случае на производстве, если страховой случай связан с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, а также акт расследования тяжелого несчастного случая на производстве (при наличии);

g) медицинская карта амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора (полиса) страхования профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови (в случае постоянной утраты трудоспособности (инвалидности) Застрахованного лица в результате болезни (естественных причин));

h) медицинская карта стационарного больного («история болезни»);

i) выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного;

j) направление на медико-социальную экспертизу.

Временная утрата трудоспособности/временного расстройства здоровья / Травма:

a) страховой полис/договор страхования со всеми приложениями к нему;

b) копии закрытых листков нетрудоспособности, заверенные отделом кадров места работы Застрахованного лица (для учащихся - справка по форме, утвержденной действующим законодательством), медицинское заключение (справка из медицинского учреждения) с указанием диагноза, периода лечения, обстоятельств события, справка из травмпункта;

c) документ компетентных органов, подтверждающий обстоятельства произошедшего события (например: справка ГИБДД, постановление о возбуждении уголовного дела, выписка из протокола органа внутренних дел; оригинал справки соответствующего органа МВД, Следственного комитета, если причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица или обстоятельства его наступления зафиксированы им в соответствии с действующим законодательством; во всех случаях, когда в расследовании обстоятельств, повлекших причинение вреда жизни или здоровью Застрахованного лица, принимали участие органы МВД, Следственного комитета или прокуратуры - постановление следственных органов о возбуждении уголовного дела или об отказе в возбуждении уголовного дела либо принятое по делу решение, постановление по делу об административном правонарушении или определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении);

d) акт о несчастном случае на производстве, если страховой случай связан с несчастным случаем во время исполнения Застрахованным лицом служебных обязанностей, а также акт расследования тяжелого несчастного случая на производстве (при наличии);

e) выписка из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного, выписной эпикриз;

f) выписка из медицинской карты амбулаторного больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования (страхового полиса) профессиональных, общих хронических заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови;

g) выписка из медицинской карты стационарного больного, подтверждающая нахождение Застрахованного лица в реанимации и проведение процедур реанимационного характера, которая была выдана медицинским учреждением, где находилось на лечении Застрахованное лицо, и заверена администрацией данного

медицинского учреждения (представляется в случае нахождения Застрахованного лица в реанимации);

h) при переломах, в случае лечения в стационаре - заключение рентгенолога; а при амбулаторном лечении - рентгенограммы и заключение рентгенолога (после принятия решения рентгенограммы подлежат возврату);

i) в случае черепно-мозговой травмы диагноз должен быть подтвержден заключением невролога.

Диагностирование критического заболевания:

а) страховой полис/договор страхования со всеми приложениями к нему;

б) документы для подтверждения диагноза, в том числе по заболеваниям, указанным в Перечне критических заболеваний, приложенном к договору страхования;

с) выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного, содержащая информацию об имевшихся у Застрахованного лица до заключения договора страхования (страхового полиса) профессиональных, общих заболеваниях, злокачественных новообразованиях, в том числе заболеваниях крови.

Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и об осуществлении страховой выплаты на основании надлежаще заверенных копий перечисленных выше документов, а также сократить перечень предоставляемых документов в зависимости от конкретного страхового случая при условии, что представленные заявителем документы однозначно подтверждают факт страхового случая и позволяют сделать вывод о размере страховой выплаты.

Перечень документов, предоставляемых Страховщику для решения вопроса о страховой выплате, также может быть регламентирован условиями Договора /Полиса страхования.

В том случае, если условия, содержащиеся в Договоре /Полисе страхования, противоречат условиям, содержащимся в Правилах страхования и в настоящей Памятке, подлежат применению условия заключенного Договора страхования.

В случае если предоставленные в соответствии с Правилами и Памяткой документы дают основания полагать, что вред здоровью Застрахованного лица или смерть Застрахованного лица наступили по причинам и/или при обстоятельствах, от которых Застрахованное лицо не было застраховано согласно договору страхования, и/или не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, относятся или нет последствия несчастного случая или заболевания к страховому случаю согласно договору страхования, и/или установить размер страховой выплаты, Страховщик запрашивает в письменной форме у Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) или в компетентных органах и организациях, медицинских, экспертных и иных организаций и органов документы, позволяющие сделать однозначный вывод о том, являются ли последствия несчастного случая или заболевания страховым случаем согласно договору страхования или нет.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных Правилами (Памяткой) документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов), необходимых для принятия решения об осуществлении страховой выплаты и определения размера ущерба, Страховщик принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение вышеуказанного срока утверждает страховой акт, после чего в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Застрахованное лицо (Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе.