

ПОВІДОМЛЕННЯ, ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ та ЗАЯВА ПРО СТРАХОВИЙ ВИПАДОК за договорами Страхування здоров'я (медичного страхування)

Для організації отримання медичної допомоги, просимо Вас попередньо погоджувати всі необхідні дії з лікарем-координатором Медичного Асистансу «МАРС» зручним способом:

+38 044 303 90 72 + 38 067 406 61 86
+38 044 339 99 85 +38 050 446 33 31
Viber, Telegram: +38 099 4686068 +38 073 154 09 37

E-mail: mars@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер полісу/Договору».

Якщо Ви вже скористалися медичними послугами, придбали призначені лікарем медикаменти за власні кошти через неможливість організації прийому у лікаря чи отримання ліків через Асистанс, Вам необхідно направити заяву та всі медичні висновки, фінансові документи по цих отриманих медичних послугах **протягом 30 днів** з дати отримання послуг/ медичних препаратів на страхове відшкодування.

Форма Заяви про настання страхового випадку та страхову виплату по Страхуванню здоров'я (медичному страхуванню) додається.

Заповнення цієї форми Заяви і подання її Страховику не є фактом прийняття страховою компанією ПрАТ «СК «Колоннейд Україна» обов'язку щодо сплати страхового відшкодування та потребує розгляду Заяви разом із документами, відповідно до Переліку.

Будь ласка,

- уважно ознайомтеся з переліком необхідних документів, необхідно додати до Заяви для оформлення повного пакету документів та найшвидшого розгляду справи;
- ретельно та акуратно заповніть форму Заяви про настання події, що має ознаки страхового випадку (Страхування здоров'я (медичне страхування));
- якщо сума страхової виплати складатиме понад 40 тис. грн. для фізичних осіб – обов'язковим є проведення фінансового моніторингу та заповнений Опитувальник по фінансовому моніторингу (додається);
- Повний пакет документів на відшкодування можна подати наступним чином:

(1) «Електронний пакет документів на відшкодування**», підписаний КЕП/ЕЦП, якщо сума відшкодування не перевищує 5 000,00 грн. на e-mail: meddoc@colonnade.com.ua АБО

(2) у паперовому вигляді (за рахунок відправника):

Отримувач ТОВ «МАРС-Асистанс», код ЄДРПОУ 38992204

- Нова Пошта, м. Київ, відділення №375, +380970306727, Дячук Тетяна
- адресна доставка кур'єром або рекомендованим листом в офіс за адресою: вул. Раїси Окіпної 8, офіс 4, м. Київ, 02002, Україна.

- Ми зробимо все для того, щоб вашу Заяву розглянути та прийняти рішення в найкоротші строки.

* Обов'язкові умови щодо подання «Електронного пакету документів на відшкодування»

- ✓ сума до відшкодування не повинна перевищувати 5 000,00 грн. (п'ять тисяч гривень);
- ✓ Заявник повинен мати можливість підписати пакет документів кваліфікованим електронним підписом (КЕП/ЕЦП);
[Як отримати електронний підпис?](#) [Реєстр надавачів послуг](#)

✓ **сформований** «Електронний пакет документів на відшкодування», а саме: якісні скановані читабельні скановані копії в складі повного пакету документів згідно з визначеним Переліком документів (додається),
«Електронний пакет документів на відшкодування» може бути сформований в єдиний файл з одним накладеним електронним підписом, так і в складі окремих файлів сканованих копій документів, кожний з яких має містити відповідний підпис КЕП/ЕЦП, надісланих одним повідомленням.

- ✓ **підписати** КЕП/ЕЦП на ресурсах кваліфікованих надавачів електронних довірчих послуг (ДП «Вчасно», «ДІЯ.Підпис», тощо.) та
- ✓ **надіслати** «Електронний пакет документів на відшкодування» з індивідуальної e-mail адреси виключно на адресу: meddoc@colonnade.com.ua, зазначивши в темі повідомлення ПІБ та № індивідуальної карти Застрахованої особи.

Приклад:

Імя Сидоренко Петро Васильович 7102003850360976

У відповідь на Ваше повідомлення надійде автоматична відповідь про отримання електронного пакету документів Страховиком. Документи надіслані на будь-яку іншу електронну адресу Страховика (Асистансу) не приймаються та вважаються не отриманими Страховиком.

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Надіслані засобами електронного зв'язку документи без відповідного підпису КЕП/ЕЦП Заявника, або такі, що не верифікуються на сайті [Центрального засвідчувального органу Міністерства цифрової трансформації України](#), до розгляду не приймаються та вважаються не отриманими Страховиком. Виплати страхового відшкодування по таких неналежно поданих документах не здійснюються.

Факт відправлення Заявником/ Застрахованою особою «Електронного пакету документів на відшкодування» не є підтвердженням його повноти, достовірності і достатності для кваліфікації випадку страховим і здійснення страхового відшкодування без відповідного прийняття рішення Страховиком чи додаткового витребування Страховиком копій/оригіналів документів по випадку (за потреби).

Зберігайте всі оригінали документів по випадку до отримання страхового відшкодування.

Страховик має право призначити медичне обстеження Застрахованої особи з метою оцінки фактичного стану здоров'я такої особи, перевіряти надану Заявником інформацію для кваліфікації події, що настала страховим випадком та вимагати надання оригіналів документів або додаткових медичних документів, що підтверджують факт настання заявленого страхового випадку і розмір понесених Застрахованою особою витрат.

Наслідком відмови Застрахованої особи від надання підтверджуючих документів на вимогу Страховика чи відмови від додаткового обстеження за направленням Страховика у передбачених Договором випадках, може бути відмова Страховика від виплати страхового відшкодування по заявленому випадку.

Заява № _____
Заяву одержано " ____ " _____ 20 ____ р.,
(П.І.Б., посада працівника Асистансу, який прийняв заяву)

**ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ,
ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ
(СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я (МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ))**

ПРАТ «СК «Колоннейд Україна»

1. Заявник*, П.І.Б.

Дата народження	_____	Ідентифікаційний номер	_____
Паспорт	_____	Дата видачі Паспорту	_____
Орган, який видав Паспорт	_____	Моб. телефон	_____
Моб. телефон	_____	E-mail	_____
Адреса проживання	_____		
Відношення до Застрахованої особи:	Застрахована особа <input type="checkbox"/> Вигодонабувач <input type="checkbox"/> Спадкоємець <input type="checkbox"/>	Страхувальник <input type="checkbox"/> Законний представник <input type="checkbox"/> Вигодонабувача/Застрахованої особи <input type="checkbox"/>	

2. Номер договору страхування АБО номер пластикової картки за яким подається Заява

MED _____ від _____

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

ПІБ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, у якій настала подія, яка має ознаки страхового випадку

Ідентифікаційний номер Застрахованої особи

Є громадянином України

ТАК
НІ

3. Інформація про подію, що має ознаки страхового випадку

Причини та обставини події. (В довільній формі описати випадок. У разі хвороби - симптоми хвороби, коли виникли, куди звертались. У разі нещасного випадку - причину; Коли було звернення до Асистансу (дата, час), якщо не було, яка причина; Чому послуги оплатили самостійно):

4. Назва закладу, яким були надані послуги (медична допомога, обстеження, медикаменти, та ін.): _____

4.1. Діагноз, встановлений медичною установою: _____

4.2. Яка допомога була надана? (необхідне позначити)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Поліклінічна допомога | <input type="checkbox"/> |
| Швидка або невідкладна допомога | <input type="checkbox"/> |
| Стаціонарна допомога | <input type="checkbox"/> |
| Стоматологічна допомога | <input type="checkbox"/> |
| Медикаменти | <input type="checkbox"/> |
| Інша (вказати) | <input type="checkbox"/> |

- 4.3. Витрати на **медичні послуги** склали _____ грн.
- 4.4. Витрати на придбання **медичних препаратів** склали _____ грн.
- 4.5. В зв'язку з настанням події прошу розглянути питання про виплату відшкодування витрат в сумі, **всього** _____ грн.

5. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та витрати, додаю (необхідно позначити та дописати):

1	Копія паспорту громадянина України (1,2 стор., та сторінка з пропискою) чи пластикової ІД картки (з обох сторін)	<input type="checkbox"/>
2	Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру (в т.ч. для дітей)	<input type="checkbox"/>
3	Чеки (квитанції) про сплату, в кількості _____ шт., на суму _____ грн.	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
6		
7		
8		
9		
10		

6. Підтверджую, що вимоги Постанови Кабінету міністрів України №187 від 03.03.2022р. щодо правомірності здійснення такої виплати на користь _____ (ПІБ) дотримано належним чином та в повному обсязі.

7. Прошу здійснити страхову виплату згідно з Договором страхування шляхом **перерахування на мій особистий рахунок за такими реквізитами :**
(тут можна зазначити посилання на банківську роздруковку, яку Ви додасте до заяви)

Одержувач: _____
(ПІБ)
Банк Одержувача _____
(найменування банківської установи)
Код ЄДРПОУ _____
Код банку (МФО) _____

УВАГА! Обов'язково необхідно додати роздруковку з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок. **Роздруковка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до даної заяви!**

Особовий рахунок Одержувача в форматі IBAN UA _____

ІПН Одержувача (в т.ч. для дітей) _____

*Заявник - фізична особа, шляхом підписання цієї Заяви, надає Страховику Згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цій Заяві так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі врегулювання збитків та проведення страхової виплати, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД з метою виконання вимог Законодавства, договору страхування та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику Законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Заявник - фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб яким передаються його ПД.

*З підписанням даної заяви надаю згоду та уповноважую працівників ПрАТ «Страхової компанії «Колоннейд Україна» на отримання будь-якої інформації, що стосується страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів.

Дата заповнення " _____ " _____ 20 _____ р. / _____ / _____ /
(підпис) П.І.Б.

Паперовий пакет документів необхідно надіслати **за рахунок відправника** за адресою:

вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4, м. Київ, 02002, Україна, Отримувач ТОВ «МАРС-Асистанс», код ЄДРПОУ 38992204, +380970306727 для Дячук Тетяни
в 30-денний термін з дати отримання послуги / медичних препаратів.

Електронний пакет документів, з верифікованим електронним цифровим підписом надсилається на е-mail: meddoc@colonnade.com.ua

Вказаний е-mail використовується **виключно для надсилання** «Заяви про настання події з ознаками страхового випадку» з належним пакетом документів. Подальша переписка, відповіді на питання чи уточнення з використанням даної адреси не здійснюється.



Опитувальник по фінансовому моніторингу:

З метою здійснення належної перевірки згідно з вимогами Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надається наступна інформація (що не є порушенням Закону України про захист персональних даних в частині обробки персональних нижчезазначених даних (ст.2 п.2)):

Прізвище, ім'я, по батькові:	
------------------------------	--

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП), раніше Індивідуальний податковий номер (ІПН):	Дата народження:
--	------------------

Дані документу, що посвідчують особу:

- ID картка Український або закордонний паспорт

Інший документ:

Серія:	Номер:	Дата видачі:
Орган, що його видав:		

Місце проживання/перебування (як зазначено в паспорті):

Адреса:	
---------	--

Мета та характер відносин:	Страховання/ страхове відшкодування
----------------------------	-------------------------------------

Належність до політично значущих осіб, членів їх сімей, та/або пов'язаних з ними осіб:

<input type="checkbox"/> Я не являюсь політично значущою особою, членом її сім'ї, та/або особою, пов'язаною з політично значущою особою.
<input type="checkbox"/> Я являюсь політично значущою особою, членом її сім'ї, та/або особою, пов'язаною з політично значущою особою, з якою пов'язані ділові відносини, та надаю Інформацію про джерела статків (багатства) та джерела коштів, наприклад, декларація на сайті НАЗК https://public.nazk.gov.ua/ або інший документ:

У разі виникнення змін щодо вищезазначеної інформації, зобов'язуюсь якнайшвидше оновити дані згідно з цим опитувальником.

Підпис :

Дата:

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ на страхове відшкодування амбулаторно-поліклінічних послуг (медикаменти, консультації, обстеження):

№	Документи	Оригінал/копія
1	<p>Заява на виплату (Форма надається)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Обов'язковим є заповненням всіх зазначених в Заяві пунктів. За необхідності, щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку, Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви.</i></p> <p><i>Не забудьте, будь ласка, про роздрукову з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок, отриману в банку або Інтернет-банкінгу. Роздруковка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до Заяви!</i></p>	Оригінал
2	Пластикова картка Застрахованої особи (по договорах з е-карткою копія не вимагається)	Копія
3	<p>Виписка з медичної карти амбулаторного хворого / або висновок лікаря/ або довідка*</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Виписка подається з зазначенням П.І.Б., дати, діагнозу, та всіх призначень (обстеження та медикаментів). Заверена в установленому законодавством порядку</i></p>	Оригінал
4	<p>Акт виконаних робіт за підписом обох Сторін та із зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати надання послуг, переліку та вартості наданих послуг, а також:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назви документу (форма); дати та місця складання; номеру документу; • назви установи, від імені якої складено документ, адреси установи; • змісту та обсягу господарських операцій, одиниці виміру господарських операцій; • посади особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підпису посадових осіб; печатки установи (крім рахунку-фактури); • іншої додаткової інформації (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи тощо) <p>Для юридичних осіб - кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».</p>	Оригінал
5	Рецепти на медикаменти (якщо застосовно)	Оригінал
6	<p>Розрахункові документи - оригінали розрахункових та платіжних документів створених у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (включаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної /розрахункової операції), отриманих Застрахованою особою від надавача послуг в належному вигляді, відповідному чинним нормативним вимогам до платіжних документів, про оплату медичних послуг/товарів Застрахованою особою, з медичних та аптечних закладів із зазначенням сплачених послуг чи назв сплачених медичних препаратів, які передбачені умовами договору страхування та необхідність придбання яких згідно з умовами договору підтверджена відповідними документами (направленнями, рецептами, випискою з призначеннями лікаря з історії хвороби або амбулаторної картки) підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг.</p> <p>Зміст розрахункового документу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назва документу (форма); дата та місце складання; номер документу; • ідентифікаційний код установи або фізичної особи; • назва установи, від імені якої складено документ, адреса установи; • зміст та обсяг господарських операцій, одиниця виміру господарських операцій; • посада особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підписи посадових осіб; печатка установи (крім фіскальних чеків); • інша додаткова інформація (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи, та інше) <p>Для юридичних осіб – кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».(крім фіскальних чеків)</p>	Оригінал
7	<p>Фіскальні чеки на придбані медикаменти</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>За умови, що призначались медикаменти. З зазначенням назви препаратів.</i></p> <p><i>Якщо в фіскальному чеку не вказані назви препаратів, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана надати в СК товарний чек в якому зазначені назви препаратів.</i></p>	Оригінал
8	<p>Паспорт громадянина України (Заявника)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Засвідчені підписом власника копії 1-ої, 2-ої сторінок та сторінка з пропискою АБО пластикової ID картки з обох сторін та додаток до неї.</i></p> <p><i>Якщо застрахована особа віком до 16-ти років – надається копія паспорту одного з батьків</i></p>	Копія
9	<p>Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКОПП/ПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа – дитина.</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Довідка РНКОПП/ПН засвідчується підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків</i></p>	Копія
10	Свідоцтво про народження (надається, якщо Застрахована особа віком до 16-ти років)	Копія
11	За умови, що медичні послуги надані юридичною особою, СПД (ФОП) , в тому числі аптечним закладом , необхідно додати: Ліцензія МОЗ України на надання медичних послуг	Копія

* Всі документи мають бути підтверджені підписами та печаткою лікаря та /або медичного закладу, що надав послуги, оформлені згідно зі стандартами МОЗ України та вимог до платіжних документів.

Всі копії повинні бути якісними та читабельними.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ на страхове відшкодування стоматологічних послуг:

№	Документи	Оригінал/копія
1	Заява на виплату (Форма надається) ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <u>Обов'язковим</u> є заповненням всіх зазначених в Заяві пунктів. За необхідності, щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку, Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви. Не забудьте, будь ласка, про роздруковку з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок, отриману в банку або Інтернет-банкінгу. Роздруковані банківські реквізити є невід'ємним додатком до Заяви!	Оригінал
2	Пластикова картка Застрахованої особи (по договорах з е-карткою копія не вимагається)	Копія
3	Акт виконаних робіт з медичного закладу / Акт здачі-прийняття робіт (надання стоматологічних послуг) * за підписом обох Сторін та із зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати надання послуг, переліку та вартості наданих послуг, а також: <ul style="list-style-type: none"> • назви документу (форма); дати та місця складання; номеру документу; • назви установи, від імені якої складено документ, адреси установи; • змісту та обсягу господарських операцій, одиниці виміру господарських операцій; • посади особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підпису посадових осіб; печатки установи (крім рахунку-фактури); • іншої додаткової інформації (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи тощо) Для юридичних осіб - кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».	Оригінал
4	Висновок лікаря / виписка з картки стоматологічного хворого * Якщо акт здачі-прийняття робіт (надання стоматологічних послуг) надається відповідно до запропонованої форми (пункт 3), заключення лікаря не обов'язкове	Оригінал
5	Розрахункові документи - оригінали розрахункових та платіжних документів створених у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (уключаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної / розрахункової операції), отриманих Застрахованою особою від надавачів послуг в належному вигляді, відповідному чинним нормативним вимогам до платіжних документів, про оплату медичних послуг/товарів Застрахованою особою, з медичних закладів із зазначенням сплачених послуг, які передбачені умовами договору страхування та необхідність яких згідно з умовами договору підтверджена відповідними документами, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг. <u>Зміст розрахункового документу:</u> <ul style="list-style-type: none"> • назва документу (форма); дата та місце складання; номер документу; • ідентифікаційний код установи або фізичної особи; • назва установи, від імені якої складено документ, адреса установи; • зміст та обсяг господарських операцій, одиниця виміру господарських операцій; • посада особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підписи посадових осіб; печатка установи (крім фіскальних чеків); • інша додаткова інформація (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи, та т.ін.) Для юридичних осіб – кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».(крім фіскальних чеків)	Оригінал
6	Фіскальні чеки на придбані медикаменти ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! За умови, що призначались медикаменти. З зазначенням назви препаратів. Якщо в фіскальному чеку не вказані назви препаратів, Страховальник (Застрахована особа) зобов'язана надати в СК товарний чек в якому зазначені назви препаратів.	Оригінал
6а	Прайс - лист вартості послуг актуальний на дату надання послуг	Копія
7	Паспорт громадянина України (Заявника) ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Засвідчені підписом власника копії 1-ої, 2-ої сторінок та сторінка з пропискою АБО пластикової ID картки з обох сторін та додаток до неї. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років – надається копія паспорту одного з батьків	Копія
8	Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКOPП/ПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа-дитина ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Довідка РНКOPП/ПН засвідчується підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків	Копія
9	Свідоцтво про народження (надається, якщо застрахована особа віком до 16-ти років)	Копія
10	За умови, що медичні послуги надані <u>юридичною особою, СПД (ФОП)</u> , в тому числі <u>аптечним закладом</u> , необхідно додати: Ліцензія МОЗ України на надання медичних послуг	Копія

* Всі документи мають бути підтвержені підписами та печаткою лікаря та /або медичного закладу, що надав послуги, оформлені згідно зі стандартами МОЗ України та вимог до платіжних документів.
Всі копії повинні бути якісними та читабельними.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ на страхове відшкодування стаціонарних послуг:

№	Документи	Оригінал/ копія
1	<p>Заява на виплату (Форма надається)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Обов'язковим є заповненням всіх зазначених в Заяві пунктів. За необхідності, щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку, Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви.</i></p> <p><i>Не забудьте, будь ласка, про роздруковку з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок, отриману в банку або Інтернет-банкінгу. Роздруковка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до Заяви!</i></p>	<u>Оригінал</u>
2	Пластикова картка Застрахованої особи (по договорах з е-карткою копія не вимагається)	Копія
3	Виписний епікриз/ Виписка з історії хвороби * з зазначенням П.І.Б. , дати, діагнозу, та всіх призначень (обстеження та медикаментів)	<u>Оригінал</u>
4	Рецепти на медикаменти (якщо застосовно)	Оригінали/ копія
5	<p>Розрахункові документи - оригінали розрахункових та платіжних документів створених у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (включаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення / виконання відповідної платіжної /розрахункової операції), отриманих Застрахованою особою від надавача послуг в належному вигляді, відповідному чинним нормативним вимогам до платіжних документів, про оплату медичних послуг/товарів Застрахованою особою, з медичних та аптечних закладів із зазначенням сплачених послуг чи назв сплачених медичних препаратів, які передбачені умовами договору страхування та необхідність придбання яких згідно з умовами договору підтверджена відповідними документами (<i>направленнями, рецептами, випискою з призначеннями лікаря з історії хвороби або амбулаторної картки</i>) підприємств, установ, організацій або інших суб'єктів господарювання, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг.</p> <p>Зміст розрахункового документу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назва документу (форма); дата та місце складання; номер документу; • ідентифікаційний код установи або фізичної особи; • назва установи, від імені якої складено документ, адреса установи; • зміст та обсяг господарських операцій, одиниця виміру господарських операцій; • посада особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підписи посадових осіб; печатка установи (крім фіскальних чеків); • інша додаткова інформація (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи, та т.ін.) <p>Для юридичних осіб – кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».(крім фіскальних чеків)</p>	<u>Оригінал</u>
6	<p>Фіскальні чеки на придбані медикаменти</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! За умови, що призначались медикаменти. З зазначенням назви препаратів.</p> <p>Якщо в фіскальному чеку не вказані назви препаратів, Страхувальник (Застрахована особа) зобов'язана надати в СК товарний чек в якому зазначені назви препаратів.</p>	<u>Оригінал</u>
7	<p>Паспорт громадянина України (Заявника)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Засвідчені підписом власника копії 1-ої, 2-ої сторінок та сторінка з пропискою АБО пластикової ID картки з обох сторін та додаток до неї.</i></p> <p><i>Якщо застрахована особа віком до 16-ти років – надається копія паспорту одного з батьків</i></p>	Копія
8	<p>Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКПП/ЛПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа-дитина</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Довідка РНКПП/ЛПН засвідчується підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків</p>	Копія
9	Свідоцтво про народження (надається, якщо застрахована особа віком до 16-ти років)	Копія
10	За умови, що медичні послуги надані <u>юридичною особою, СПД (ФОП)</u> , в тому числі <u>аптечним закладом</u> , необхідно додати: Ліцензія МОЗ України на надання медичних послуг	Копія

* Всі документи мають бути підтверджені підписами та печаткою лікаря, та /або закладу, що надав послуги та оформлені згідно стандартів МОЗ України

Всі копії повинні бути чіткими та читабельними

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ на страхове відшкодування оздоровчих послуг:

№	Документи	Оригінал/копія
1	<p>Заява на виплату (Форма надається)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Обов'язковим є заповненням всіх зазначених в Заяві пунктів. За необхідності, щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку, Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви.</i> <i>Не забудьте, будь ласка, про роздрукову з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок, отриману в банку або Інтернет-банкінгу. Роздруковані банківські реквізити є невід'ємним додатком до Заяви!</i></p>	Оригінал
2	<p>Пластикова картка Застрахованої особи (по договорах з е-карткою копія не вимагається)</p>	Копія
3	<p>Договір про надання спортивно-оздоровчих послуг між надавачем цих послуг і Застрахованою особою</p>	Копія
4	<p>Акт виконаних робіт* за підписом обох Сторін та із зазначенням П.І.Б. Застрахованої особи, дати надання послуг, переліку та вартості наданих послуг, а також:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назви документу (форма); дати та місця складання; номеру документу; • назви установи, від імені якої складено документ, адреси установи; • змісту та обсягу господарських операцій, одиниці виміру господарських операцій; • посади особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підпису посадових осіб; печатки установи (крім рахунку-фактури); • іншої додаткової інформації (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи тощо) <p>Для юридичних осіб - кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Акт виконаних робіт може не надаватись лише у випадку разового відвідування оздоровчого центру, за результатами якого Застрахованому виданий чек /квитанція на разове відвідування/. При умові, що в чеку/квитанції обов'язково повинні бути вказані: ПІБ отримувача послуги, дата отримання, назва та вартість послуги.</p>	Оригінал
5	<p>Розрахункові документи - оригінали розрахункових та платіжних документів створених у паперовій та/або електронній формі, що ідентифікують надавача послуг (виконавця робіт, продавця товарів) та в яких відображено вартість отриманих застрахованою особою послуг (робіт, товарів), а також дату їх оплати (уключаючи фіскальний касовий чек, товарний чек, квитанцію, прибутковий касовий ордер та/або інший документ, визначений законодавством України, що підтверджує факт здійснення /виконання відповідної платіжної /розрахункової операції), отриманих Застрахованою особою від надавачів послуг в належному вигляді, відповідному чинним нормативним вимогам до платіжних документів, про оплату медичних послуг/товарів Застрахованою особою, з медичних закладів із зазначенням сплачених послуг, які передбачені умовами договору страхування та необхідність яких згідно з умовами договору підтверджена відповідними документами, які в установленому законодавством порядку мають право на надання медичних послуг.</p> <p>Зміст розрахункового документу:</p> <ul style="list-style-type: none"> • назва документу (форма); дата та місце складання; номер документу; • ідентифікаційний код установи або фізичної особи; • назва установи, від імені якої складено документ, адреса установи; • зміст та обсяг господарських операцій, одиниця виміру господарських операцій; • посада особи, відповідальної за здійснення господарської діяльності та відповідність її оформлення; • підписи посадових осіб; печатка установи (крім фіскальних чеків); • інша додаткова інформація (банківські реквізити, ідентифікаційний код установи, та т.ін.) <p>Для юридичних осіб – кругла печатка (крім рахунків-фактур); для фізичних осіб-підприємців, що працюють без печатки, - надпис на документі «Б.П.».(крім фіскальних чеків)</p>	Оригінал
6	<p>Виписка з медичної карти амбулаторного хворого / або висновок лікаря/ або довідка*</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Виписка подається з зазначенням П.І.Б. , дати, діагнозу, та всіх призначень (обстеження та медикаментів). Заверена в установленому законодавством порядку</i></p>	Оригінал
7	<p>Паспорт громадянина України (Заявника)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <i>Засвідчені підписом власника копії 1-ої, 2-ої сторінок та сторінка з пропискою АБО пластикової ID картки з обох сторін та додаток до неї.</i> <i>Якщо застрахована особа віком до 16-ти років – надається копія паспорту одного з батьків</i></p>	Копія
8	<p>Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКПП/ЛПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа-дитина</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Довідка РНКПП/ЛПН засвідчується підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків</p>	Копія
9	<p>Свідоцтво про народження (надається, якщо застрахована особа віком до 16-ти років)</p>	Копія
10	<p>За умови, що послуги надані СПД (ФОП), необхідно додати Ліцензія МОЗ України на надання медичних послуг (якщо наявний КВЕД передбачає обов'язковість наявності відповідної ліцензії)</p>	

* Всі документи мають бути підтверджені підписами та печаткою лікаря, та /або закладу, що надав послуги та оформлені згідно стандартів МОЗ України, вимог до платіжних документів
 Всі копії повинні бути чіткими та читабельними.