
СТРАХОВАНИЕ ОТ ПОСТОЯННОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ (UI30) - Информационный лист

1. В каких случаях осуществляется выплата по UI?

- Страховое возмещение по UI выплачивается в случае постоянной инвалидности застрахованного лица вследствие несчастного случая.

2. Кто имеет право на выплату по UI?

- Страхователь

3. Какие условия должны быть выполнены для получения выплаты по UI?

- Происшествие несчастного случая согласно Общим Условиям Страхования Medlife. Заболевания не считаются несчастными случаями. Несчастный случай должен быть незамедлительно (!) сообщен страховщику.
- Дополнительное страхование от инвалидности вследствие несчастного случая должно быть включено в страховой договор и действовать в полной силе к моменту происшествия несчастного случая. Важно!: задержка платежа может повлечь за собой прекращение страховой защиты.
- В течение одного года со дня происшествия несчастного случая должна возникнуть постоянная инвалидность в размере не менее 30% вследствие этого несчастного случая и инвалидность должна сохраниться до конца этого года.

4. Какие документы необходимы для рассмотрения претензии на выплату по UI?

- Полностью заполненная форма-отчет о несчастном случае (используется исключительно данный стандартный формуляр).
- Медицинские документы в оригинале или заверенные копии с них.
 - Данные первого осмотра в травмпункте;
 - Полная история болезни или медицинская карта амбулаторного лечения, рентгено снимки и т.п.;
 - Все медицинские документы, подтверждающие наличие и описывающие конкретный размер инвалидности в момент окончания лечения;
 - В отдельных случаях необходимы дополнительные медицинские документы.
- При дорожно-транспортных происшествиях:
 - Официальный ведомственный протокол о несчастном случае (заверенная копия);
 - Копия водительских прав.
- Справка об установлении инвалидности от соответствующих российских учреждений.
- Мы оставляем за собой право затребовать недостающие документы и настаивать на полной документации.

5. Как рассматривается претензию на выплату?

- Проверяется причинная связь последствий несчастного случая с данным несчастным случаем.
- Степень постоянной инвалидности устанавливается на основании соответствующих медицинских документов, а не на основании государственной справки об установлении инвалидности.

6. Каким образом устанавливается степень инвалидности?

- Степень инвалидности устанавливается на основании таблицы инвалидности (см. ст. 39 Общих Условий Страхования Medlife), если это не возможно, то
- Экспертным заключением

7. Какие сроки действуют для рассмотрения претензии на выплату?

- ➔ Окончательное установление степени инвалидности возможно самое раннее по истечении одного года со дня происшествия несчастного случая.
- ➔ В первом году после несчастного случая страховое возмещение по постоянной инвалидности выплачивается только в том случае, если характер и степень последствий несчастного случая с медицинской точки зрения однозначно установлены.

8. Каков размер выплаты по дополнительному страхованию UI?

- ➔ Выплачивается оговоренная страховая сумма по UI в соответствии со степенью инвалидности согласно ст. 39 Общих Условий Страхования Medlife. Степень инвалидности менее 30% не подлежит возмещению.

9. Когда претензии на выплату по UI теряют силу за давностью?

- ➔ Претензии на выплату по UI теряют силу за давностью по истечении трех лет со дня происшествия несчастного случая.

10. Где я могу найти более подробную информацию по UI?

- ➔ Раздел 6 Общих Условий Страхования Medlife.
- ➔ Непосредственные переговоры с Customer Service Medlife.
Тел.: ++357- 22 45 10 87 или по электронной почте: office@medlife.net

Форма-Отчет
о несчастном случае

HEAD OFFICE
Alpha Business Centre
27 Pindarou Street
3rd Floor, Block B
CY-1060 Nicosia

Полис №

CUSTOMER SERVICE
c/o GRAZER WECHSELSEITIGE
Versicherung AG
A-8010 Graz, Herrengasse 18 - 20,
Austria
tel. no. +357- 22 45 10 87
telefax no. +357- 22 66 17 28
e-mail: office@medlife.net
<http://www.medlife.net>

**О происшествии несчастного случая следует незамедлительно сообщить в MEDLIFE Insurance Ltd.,
высылая заполненную форму. Для оперативного рассмотрения претензии на выплату страхового
возмещения, просим дать исчерпывающий и правдивый ответ на все вопросы данной формы.**

Ф.И.О. страхователя:.....

Ф.И.О. пострадавшего:.....

Дата и место рождения пострадавшего:.....

Место жительства пострадавшего (точный адрес):.....
.....

Место работы и должность пострадавшего на данный момент:.....
.....

В каких отношениях состоит пострадавший со страхователем:.....

Дата и время происшествия несчастного случая:.....

Место происшествия несчастного случая:.....

Отделение органов внутренних дел, установившее детали несчастного случая:.....
.....

Имена и адреса свидетелей:.....
.....

Описание обстоятельств происшествия несчастного случая:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Характер повреждений:.....
.....

Кем была оказана первая помощь:.....

Имя и адрес врача/больницы, где проводилось первичное лечение (прилагать справку):

Имя и адрес врача/больницы, где проводилось дальнейшее лечение (прилагать справку):

Имелись ли уже до несчастного случая какие-л. физические увечья или недостатки? Если да, то какие:.....

Какое социальное страхование имеет страхователь/пострадавший?.....

Какие медицинские страхования и/или страхования от несчастного случая имеет страхователь/пострадавший?.....

Заполняется только в случае ДТП!

Кто является владельцем транспортного средства?.....

Кто управлял транспортным средством?.....

Данные водительских прав управлявшего транспортным средством (прилагать копию водительских прав):.....

Страховщик обязательного страхования транспортных средств (страховая компания, № полиса, номерной знак):.....

Заявляю, что правдиво ответил/а на все вышеприведенные вопросы.

.....
Дата

.....
Подпись

Просьба подписать следующие доверенности, которые помогают нам ускорить процесс рассмотрения претензии на выплату страхового возмещения. Предоставленную информацию рассматриваем как конфиденциальную.

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я уполномочиваю Medlife Ins. Ltd. ознакомиться с судебными и административными материалами дела, относящегося к данному несчастному случаю, а также снять с них копии.

Дата:..... Место:.....

Подпись:.....

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я уполномочиваю Medlife Ins. Ltd. получать копии и дубликаты всех медицинских документов, относящихся к данному несчастному случаю от:.....

Продолжительность лечения:.....

Больница:.....

Дата:..... Место:.....

Подпись:.....