Вайбер бот  
Доброго дня! Вас вітає Європейський страховий альянс!  
Дякуємо, що Ви з нами!  
Оберіть питання, з яким Ви би хотіли звернутись:

1. Запис на консультацію лікаря
2. Запит на отримання медикаментів, діагностики по наявному призначенню лікаря при самостійному зверненні за медичною допомогою
3. Перелік документів на виплату
4. Запит на результат розгляду заяви на страхову виплату
5. Телефони сервісного центру з медичного страхування

**1. Запис на консультацію лікаря**

1.1.Введіть, будь ласка, номер полісу Застрахованої особи  
1.2. Зазначте прізвище, імя, по-батькові  
1.3. Опишіть скарги на стан здоров’я  
1.4. Зазначте бажаний час прийому, або інтервал часу  
1.5. Зазначте бажаний медичний заклад, район отримання медичної допомоги  
1.6. Дякуємо за Ваш запит, лікар-координатор зв’яжеться з Вами найближчим часом

(отправка заявки на емайл)  
  
**2. Запит на отримання медикаментів, діагностики по призначенню лікаря при самостійному зверненні за медичною допомогою**

2.1.Введіть, будь ласка, номер полісу Застрахованої особи  
2.2. Зазначте прізвище, імя, по-батькові Застрахованої особи  
2.3. Прикріпіть будь ласка фото лікарського призначення з зазначенням діагнозу та ПІБ пацієнта  
2.4. Зазначте бажану аптеку ,лабораторію для отримання послуги, або район пошуку цих закладів  
2.5. Дякуємо за запит, лікар-координатор зв’яжеться з Вами найближчим часом

(отправка заявки на емайл)

**3. Перелік документів на виплату**

БОТ отправлет текст:

Страхова виплата здійснюється на підставі таких документів:  
- заяви на виплату за встановленою Страховиком формою;  
-копії паспорту та довідки про присвоєння ідентифікаційного номера платника податків Застрахованої особи або її законного представника; копії свідоцтва про народження (для неповнолітніх застрахованих);  
- у разі отримання амбулаторно-поліклінічних послуг та медикаментів для амбулаторного лікування: консультаційного висновку лікаря (або його завіреної медичним закладом копії) з зазначенням прізвища пацієнта, дати, анамнезу та повного діагнозу, переліку медичних послуг, лікарських засобів, виробів медичного призначення, рекомендованих у зв‘язку із даним захворюванням, засвідченого підписом і печаткою лікаря та печаткою медичного закладу;  
- у разі отримання послуг та придбання медикаментів для стаціонарного лікування : оригіналу або засвідченої печаткою лікувального закладу копії виписки з картки стаціонарного хворого та листків лікарських призначень, оформлених належним чином за затвердженими Міністерством охорони здоров’я  формами;  
- у разі виклику бригади швидкої медичної допомоги: оригіналу або засвідченої медичним закладом копії карти виїзду бригади швидкої медичної допомоги, оформленої належним чином за затвердженою Міністерством охорони здоров’я формою;  
- акту виконаних робіт із зазначенням прізвища ім’я по-батькові пацієнта, діагнозу, тривалості лікування, переліку наданих послуг, з розбиттям їх за датами та вартістю, загальної суми до сплати, засвідченого підписом і печаткою лікаря та печаткою медичного закладу, а також з зазначенням назви медичного закладу, адреси його місцезнаходження, контактного номеру телефону, банківських реквізитів, ЄДРПОУ;  
- оригіналів фінансових документів, які підтверджують оплату отриманих медичних послуг або придбання медикаментів: фіскальних чеків,  квитанцій до прибуткових касових ордерів, розрахункових квитанцій, банківских квитанцій про переказ коштів; товарних чеків (з обов’язковим зазначенням назви ФОП, адреси фактичного надання послуг та реєстрації, контактного телефону,  ІПН)- лише у разі отримання послуг у фізичної особи- підприємця.  
- у разі придбання рецептурних лікарських засобів, або лікарських засобів, які виготовляються в умовах аптеки: копія заповненого рецептурного бланку,  затвердженої Міністерством охорони здоров’я форми;  
- у разі отримання медичних послуг у фізичної особи-підприємця (ФОП,СПД) додатково надаються копії Ліцензії на здійснення медичної діяльності та Витягу з ЄДР.

И бланк заявления (файл для скачивания doc)  
  
И дополнительно адрес отдельным сообщением с задержкой в 3сек.:  
Документи потрібно надати протягом 30 днів з дати отримання медичних послуг за адресою:

03038, м. Київ, вул. Ямська, 28

ПрАТ "Європейський страховий альянс"  
  
И предлагает еще вариант:  
Запит на отримання бланку заяви та переліку необхідних документів на електронну пошту

1. Введіть, будь ласка, адресу електронної пошти, на яку Ви хочете отримати документи
2. Дякуємо, документи будуть направлені на Вашу адресу електронної пошти найближчим часом

**4. Запит на результат розгляду заяви на страхову виплату**

* 1. Введіть, будь ласка, номер полісу Застрахованої особи
  2. Зазначте прізвище, імя, по-батькові Застрахованої особи
  3. Дякуємо за запит, співробітник відділу врегулювання  зв’яжеться з Вами найближчим часом та повідомить статус справи

(отправка заявления на почту)

**5. Телефони сервісного центру з медичного страхування**

**Контакти сревісного центру:**

0800500200

044(352)4522212

Email: service@eia.com.ua