Serviced by / Обслуживается

Claim form

Бланк заявления на выплату страхового возмещения





IMPORTANT INFORMATION / ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Return this form with original invoices to: HI Department, Ingosstrakh Insurance Company, 16-9 Leningradskoe Road, 125993, Moscow, Russia. Данный бланк и оригиналы выставленных счетов направляйте по адресу: Департамент медицинского страхования, ОСАО «Ингосстрах», Ленинградское шоссе, 16-9, Москва, Россия.

Please ensure that all sections of the claim form are fully completed in English. Note that claims payment may be delayed if all sections of the claim form are not completed in full. The form should be returned to us within six months of the initial treatment date. / Пожалуйста, заполните все поля бланка заявления на выплату страхового возмещения на английском языке. Обратите внимание, что сроки выплаты страхового возмещения могут увеличиться, если бланк заявления заполнен не полностью. Заполненный бланк необходимо направить нам в течение шести месяцев после начала лечения.

Always enclose the original invoices - photocopies, receipts and credit card vouchers are not acceptable. / Всегда прилагайте оригиналы счетов, мы не принимаем фотокопии, чеки или слипы кредитных карт.

Please write clearly in black ink, in English and BLOCK CAPITALS. / Пожалуйста, разборчиво заполните бланк черными чернилами на английском языке ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

Please complete a new - separate claim form for: / Пожалуйста, заполните новый - отдельный бланк на:

- each patient каждого пациента
- each in-patient day-case stay каждого пациента стационара – пациента дневного стационара
- each medical condition каждое заболевание
- each currency каждую валюту

If you have more invoices, you do not need to send a further claim form. Just send the invoices with a covering letter stating the condition and payment instructions. If the condition continues for more than six months, we may request a new claim form to be completed. / Если у Вас будут дополнительные счета, Вам не нужно снова заполнять данный бланк. Достаточно просто направить счета в приложении к письму с указанием заболевания и платежных распоряжений. Если заболевание продолжается дольше шести месяцев, мы можем попросить Вас заполнить новый бланк заявления.

We are unable to return original documents, but we will be happy to provide certified copies on request. / Мы не возвращаем оригиналы документов, но можем предоставить Вам по Вашей просьбе заверенные копии.

докупск													poc	-	5050	.рс.																	_	_
	tien																																	
Patient m	Iфo omb											нет	СЯ Ј	ІИЦ	OM,	ПΡ	OX	ЭДЯ						!:I-I	-> / k	(OM	ПО	U4G	loc:	114 5	IDIA!	мені	400	٧٠
rauentin	епп	E 31	 	Hu	Ш) EI /	, HC	те	P IN	יועונכ	ca.			1					GIO	up i	Iaiii	ie (ii	аррі	licabi	e) / r	COP	lilar	KIVI	(ec)	ו ועו	ιρи	чен	/II1O	<i>)</i> .
BI -				-					_																									
Title: Обращени	e:																																	
First name: Имя:																																		
Family name Фамилия:	e:																																	
Other name Другие име																																		
Date of birth: DDMMMYYY Дата рождения: AAAMM777														1 ~	je la: 3pac		rthd	lay:																
Correspoi	nder	nce	ado	dre	ss /	Ад	pe	: дл	ія к	opp	есг	10Н,	ден	ции	ı:																			
Building: Дом:																																		
Street: Улица:																																		
Town / city: Город:																																		
Area code: Почтовый і	индеі	<c:< td=""><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>PC Π/:</td><td>) Вох я:</td><td>(:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></c:<>												PC Π/:) Вох я:	(:																		
Region: Область:																																		
Country: Страна:																																		
Email: Эл. почта:																																		
s this your pe Do you want					•															•СПОН	нден	ЦИЮ	под	данн	ОМУ	адр	ecy?		/	s/Д s/Д	. ,	\bigvee $^{\land}$	No / H	Не
Oo you have	a res	iden	ce i	in th	ne U	SA?	/ Vi	Mee1	е ли	1 Вы	адр	ес п	рож	иван	ния е	з СЦ	JA?) Yes	5/Д	a () N	10 / H	⊣∈
В какой стр	n which country did the treatment take place? В какой стране проходило лечение?																																	
What is the В какой вал	пюте	выс	тав	лен	1 СЧ6	≘т?																												_
	/hat is the total amount of the claim?																																	

inclical Practitioner's details: / //wobprinature on regretative or regional formations and the second of the seco	2 [Me all s	dica ectior	il d	l eta ust b	i ls / e con	M enplet	еди ed by	ЦИ / the	I HCKI e doct	и е µ or in	дан overd	НЫ all ch	e arge	of th	ne po	itient	's tre	atme	ent) /	(сле	удуюц	цие	граф	ы за	ІПОЛІ	няют	ся л	ечац	цим	врач	ном	пац	иента	1)	
Comparison Com	1edical	Pra	ctiti	one	er's	det	ails	: / И	Ηф	орм	аци	я о	ме	диц	инс	ког	ч ра	ю.	гни	ке																
Seet date when symptoms first noticed by patient may compare the symptoms first noticed by patient may compare any symptoms first noticed by patient may be symptoms first noticed by symptoms fi	ame: ИО:																																			
agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosit: agnosi	ddress:						T																					T		T	T					=
See date when symotoms first noticed by patient: 18, xorga final activitishment proposed eyeminomes: 19	дрес: Dualificati	ions	:	<u> </u>	+		<u> </u>		<u> </u>									<u> </u>		<u> </u>								<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	$\frac{\perp}{\perp}$			\pm	$\frac{1}{1}$	_
Set date when symptoms first noticed by patient: 17. kionna naue in schemon represe coemitories: 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in noticese o Common R spawy? 18. kionna naue in	валифик	кац																																		_
та, когда пациент зачетии первые синтпочь: та, когда пациент впервые обратился к враму? та, когда пациент впервые обратился к враму. та, когда пациент впервые обратился в враму. та, когда пациент впервы	iagnosis: µагноз:	:																																		
та, когда пациент зачетии первые синтпочь: та, когда пациент впервые обратился к враму? та, когда пациент впервые обратился к враму. та, когда пациент впервые обратился в враму. та, когда пациент впервы																																				
ine did the patient first see a doctor? Ta, korpa naukerit tienepeue obpativica k soe-ly? Talais of reatment: Incariere nevelessis: Italis of medication: Incariere repensipative Italis of medication: Incariere repensipative Internal treatment / Crontaronoruveckoe лечение Preventive / Профилактика Onthodomics / Oprogo-mus Onthodomics / Oprogo-mus Internal dates: Admission date: Internal companyer: Internal dates: Admission date: Internal companyer: Internal dates: Admission date: Internal dates: Admission da												it:			D	D	M	М	Y																	
tails of treatment: исвиме поновия: tails of peration: исвиме операция: tails of medication: карственные препараты: tails of medication: карственные препараты: prital treatment / Стонатологическое лечение пиаl check / Емегодный оснотр рг restorative / Профилактика Отфоdontics / Оргодонтия Отфоdontics / Оргодонтия didn't remergency treatment / Венение при несчастных случаях и неотпожное ленение tuchese печения Discharge date: Дата выписки: менование: м	/hen did	l the	e pat	ient	firs	t see	a d	octo	r?						D	D	М	M	Υ	Υ]															
talls of operation: видение операция: Italis of medication: карственные препараты! Intal treatment / Стонатологическое лечение nual check / Експодный осмотр рг restorative / Плоябирование отthodonitis / Оргодонтия оттатогонтий оттатогон					впе	рвые	90	рати	илс.	яквр	рачу	?			Д	Д	Μ	Μ	Γ	Γ																_
mail treatment / Стоматологическое лечение Intal treatment / Стоматологическое лечение Intal treatment / Стоматологическое лечение Intal treatment / Пломборование Preventive / Профилактика Orthodontics / Oртодонтия Orthodontics / Opтодонтия Optodontics / Opt																																				_
исание операции: Italis of medication: карственные препараты:																																				
исание операции: Italis of medication: карственные препараты:																																				
tails of medication: карственные препараты: Intal treatment / Стонатологическое лечение nual check / Ежегодный оснотр																																				=
Rental treatment / Стонатологическое лечение Preventive / Профилактика	писание	e or	ера	ЦИИ	:																															=
Rental treatment / Стонатологическое лечение Preventive / Профилактика																																				_
nual check / Ежегодный осмотр						аты:																														
nual check / Ежегодный осмотр jor restorative / Профилактика Orthodontics / Ортодонтия ident / еметденсу treatment / Лечение при несчастных случаях и неотложное лечение tails of treatment: исание лечения																																				=
меdical practitioner's - dental surgeon's signature /	lajor rest	tora	tive /	′ Пл	омб	ро	ван	ие	Č)	ои н∈	есча	СТНЬ	іх сл	іуча:	ях и	нес	тло	жно	Ort	hod	lonti						\bigcirc								
spital dates: Admission date: ты госпитализации: Дата поступления: ты госпитализации: Дата поступления: ты поститализации: Дата поступления: Reference number: Perистрационный номер: те именование: прес: прес: прес: прес: прес: престите именование: поста: поста: Мedical practitioner's - dental surgeon's Signature / Discharge date: Дата выписки: Дата выпи																																				_
ты госпитализации: Дата поступления: ———————————————————————————————————																																				_
ты госпитализации: Дата поступления: ———————————————————————————————————																																				_
me and address of admitting hospital: именование и адрес больницы: ме: именование: именование: ферзонов: пефон: кс: аil: почта: Medical practitioner's - dental surgeon's signature /								тупл	ені	ия:		D д	M	М	Υ Γ	Υ Γ										D A	D Д	M	M		Y Y	Υ				
именование и адрес больницы: Perистрационный номер: me: именование: dress: pec: ephone: пефон: к: кс: ail: почта: Medical practitioner's - dental surgeon's signature / Date / Дата																													7							
именование: dress: pec: pec: pephone: neфон: кс: кс: маіі: noчта: Medical practitioner's - dental surgeon's signature / Date / Дата									oita	al:									1ep:																	
dress: pec:	ame: аименог	ван	ие:																																	_
ерhone: пефон: ккс: ккс: почта: Date / Дата	ddress:																													T						=
меdical practitioner's - dental surgeon's signature /	дрес:			<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>	<u></u>	<u> </u>																<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	$\frac{\perp}{\top}$	<u> </u>		<u> </u>	<u> </u>	_
меdical practitioner's - dental surgeon's signature /	alas b		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>		<u></u>	<u> </u>	<u>_</u>	<u> </u>																		<u> </u>	<u></u>	<u> </u>	$\frac{\perp}{+}$	+		<u> </u>	<u> </u>	_
кс: ail: почта: Medical practitioner's - dental surgeon's signature / Date / Дата	elephone елефон:																																			_
Medical practitioner's - dental surgeon's signature / Date / Дата	ах:																																			
Medical practitioner's - dental surgeon's signature / Date / Дата	mail:			İ	İ		İ	Ì	T								Ì											Ī	Ì	Ť	Ť	Ť	Ť		İ	_
	л. почта	1:												1			<u> </u>													1						_
											,			,												_										
																										Dat	e / Į	ата								
and the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contract of the contra							ľ																													

3	C	ash	be	nef	it /	Дє	ЭН	ЖН	oe	ВС	3M	ещ	ен	ие																									
The ho																																							
l confir											-		•			•							[· ·				·											- ;
was in I																																							
and this																							į																į
The ho	spita	l need	ls to	star	np t	his c	lain	n for	m h	ere /	Hec	бхо	диг	10 П	pod	тав	ить	печа	ть б	боль	ниць	ы на	а да	ннс	ом б	лан	ке:	(ме	сто	печ	ати))							
	D	aym	on:	t d	at a	ilc /	/ п	ота	-	0.5	пот																												
4	F :	аупп	<u> </u>	ı u	- La	115 /		Сіа	ועונ	OII																													
																		OITA																					
		e a R nd us					-				•					•				-			-			•	•				-				•				
		лать		лько	ЭΒ	руб.	ЛЯХ	по	pe,	дсті	вом	бан	IKO	вск	ого	пе	рев	вода	. Bo	о вс	ex c	ста	аль	ны	х сл	іуча	хк	МЬ	I M	эже	МП	рои	зво	дит				•	
				до.	лла	pax	CL	ЦA,	ВВ	алю	те н	апр	авл	пен	НЫ	х Ва	ами	нам	I СЧ	ето	3, ЛІ	ибс	В	вал	ЮТ	e Ba	аше	его	ба	HKC	ВСК	ого	сче	ета.					_
Who	woi	ıld v	OU	like	· US	to	na	v? (nled	150	tick	on	P 0	nlv) / I	Kor	1 VP	мы л	пог	тжн	ып	no	из	Bec	ти	ВЬ	ІПЛ	ат	ν ?	(вы	беп	ите	r TO	ПЬКО	2 O	пин і	 BADI	ипн	—— т)
		•									crcrc	011					•		-										, .	(00,	·							, idi i	'/
Docto	or - h	ospi	tal /	Bpa	ачу	/ бо	ОЛЬ	НИЦ	e (\bigcirc			M	ain	me	emb	oer,	/ Oc	HOE	ЗНО	му з	аст	гра	IXOE	зан	10H	МУ (\bigcirc			P	atie	nt/	Пац	циен	нту (\bigcirc		
Pleas																																					rL N	22 11 4	ъп Д
Section	on A	· - Pá	ıym	ent	: by	Ele	ecti	roni	c Fı	unc	ls Tı	rans	sfei	r to	а	ba	nk a	acco	oun	it							- -	7	, -								-	H	
Разде			пла	ата	бан	HKO	BC	(UM	пе	рев	ОД	MC	ден	кэн	KHE	oIX (cpe	дст	ВН	a 6	анк	ОВ	CKI	ИЙ	СЧЄ	T					1		1		_	1			
Bank r Наиме			бан	нка:																																			
SWIFT SWIFT			le *:	•																																			
Sort co Код б					(101	1PKU	лп	ıa Re	пик	n fir	лита	НИИ	\.			-] -									•											
Accou						IDICO	, ду		יוועוכ	100		1 10 10 1	/· _			J		+		_						Τ									1	T	_		Т
Номер					٠.																																		
Ассои Наиме				,	ПОЛ	туча	тел	1ь:																															
Currer	ncy fo	or the	e tra	nsfe	er:			Т	Ì	Ì	Ì	Ì	Ť	Ì			Ì	T	Ì	Ť	Ì		T			Ì		Ì					T	Ť	İ	†	T		T
Валют	а пе	ревс	да:																																		\perp		
Bank a Адрес																																							
								T	Ì			Ť	Ť	Ì		Ī			Ī							T		Ì						İ			Ī		<u> </u>
\pm	\perp						\vdash	\perp	<u> </u>	\perp	\perp	\pm	$^{\perp}$	$\frac{1}{1}$			$^{\perp}$	<u> </u>	$\frac{\bot}{\Box}$	$^{+}$	\pm	+				Γ	 T	<u> </u>				\vdash	_		$\frac{\perp}{\Box}$	$^{\perp}$	\vdash		\vdash

Section B - Payment by cheque / Раздел Б – Оплата чеком

Post / Zip code: Почтовый индекс:

Country: Страна

In which currency would you like us to pay the cheque? (please tick one only) Чек в какой валюте Вы хотели бы получить? (выберите только одну валюту)

Currency of your invoices / Валюта счетов:	Currency of your subscriptions / Валюта Ваших взносов:	OS\$
Currency of your bank account / Валюта Вашего банковског	го счета (пожалуйста, в данном случае укажите валюту): (

Cheques payable to members will be sent by post to the correspondence address provided on the front page. Чеки застрахованным направляются по почте по адресу для корреспонденции, указанному на первой странице.

* In order to process your payment as quickly and securely as possible, we strongly recommend that you provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to provide you with this information if necessary. Для того чтобы мы могли произвести Вам выплаты с максимальной быстротой и надежностью, пожалуйста, укажите коды IBAN и SWIFT Вашего отделения банка. Эту информацию Вы можете получить в Вашем отделении банка.

We recommend that bank transfers are made in the currency of your bank account.

Please specify this:

We will instruct our bank to recharge the administration fee relating to the cost of making the electronic transfer to us, but we cannot guarantee that these charges will always be passed back for us to pay. In the event that your local bank makes a charge for an electronic transfer, we will aim to refund this charge. If we are unable to pay direct to a bank account, or no account details are provided, we will pay by cheque.

We reserve the right to send any benefit due to an appropriate person – for example, the executors of the will of someone who has died or the dependant on your membership who has paid the bill. /

Мы рекомендуем, чтобы банковские переводы совершались в валюте Вашего банковского счета.

Мы дадим распоряжения нашему банку, чтобы все банковские комиссии за электронный перевод денежных средств взимались за наш счет, однако, мы не можем гарантировать, что эти комиссии всегда будут перенаправляться нам. В случае если Ваш банк будет взимать с Вас комиссию за электронный перевод денежных средств, мы постараемся возместить Вам данные затраты. Если мы не сможем осуществить оплату непосредственно на Ваш банковский счет, или нам не будут предоставлены банковские реквизиты, мы произведем оплату чеком Мы оставляем за собой право направлять платежи соответствующим образом уполномоченным лицам, например, душеприказчику умершего лица или иждивенцу по Вашему страховому полису, который оплатил счет.



IMPORTANT INFORMATION

Please read this section carefully, as it sets out your rights in relation to medical reports

In order to process your claim, we may need to apply for a medical report from any doctor who has attended to you. To apply, we need you to give consent by signing the declaration below.

Your doctor may be entitled to withhold some or all of the information obtained in the report if (a) he feels it may be harmful to you or (b) it would indicate his intentions in respect of you or (c) reveal the identity of another person without their consent (other than that provided by a health professional capacity in relation to your care). Your doctor may also make a reasonable charge for his sentings

The undersigned authorises and requests any hospital, specialist, physician or health provider to furnish Bupa International or its duly authorised agent acting on Bupa International's behalf with such information as Bupa International or that agent may seek from them in connection with any treatment or other services provided to me or my dependent, for the purpose of Ingosstrakh considering this claim.

UK Residents:

You can choose from three courses of action:

- You can give your consent without asking to see the doctor's report before it is sent to us. The report will then be sent directly to us by the doctor.
- 2. You can give your consent, but ask to see any report before it is sent to us, in which case you will have 21 days, after we notify you that we have requested a report from the doctor, to contact your doctor to make arrangements to see the report. If you fail to contact the doctor within 21 days, he will be entitled to send the report direct to us. If however you contact your doctor with a view to seeing the report, you must give the doctor written consent before he can release it to us. You may ask your doctor to change the report if you think it is misleading. If your doctor refuses, you can insist on adding your own comment to the report before it is sent to us.

Should you give your consent to us obtaining a report without indicating that you wish to see it, you can change your mind by contacting your doctor before the report is sent to us, in which case you will have the opportunity to see the report and ask the doctor to change the report or add your comments before it is sent to us, or withhold your consent for its release.

3. You can withhold your consent, but if you do, please bear in mind that we may be unable to accept your claim.

Whether or not you indicate that you wish to see the report before it is sent, UK residents also have the right to ask their doctor to let them see a copy, provided that they ask him within six months of the report having been supplied to us.

If you are a UK resident, by signing this form you are also confirming that you have been advised of your rights under the Access to Medical Reports Act 1988 and the Access to Personal Files and Medical Reports (NI) Order 1991.

I am a UK resident and I do (not): wish to see a copy of any medical report before it is sent to Bupa International. (Delete the word NOT if you wish to see a copy of the report before it is sent to Bupa International).

Data Protection Notice

Please note: Bupa International and Ingosstrakh fully comply with the data protection legislation and medical confidentiality guidelines when processing customer's information. Due to the nature of our business some of this processing may be taken outside the EEA. We will only disclose medical information to those involved in your treatment and/or care. We do not make the names and addresses of our members or patients available to other organizations. The full details of your plan including the data protection and medical confidentiality guidelines can be reviewed online at MembersWorld www.bupa-intl.com/membersworld

Purpose: Personal data collected on you, and where appropriate, your family, will be used by Ingosstrakh and Bupa International to process your claims, administer your policy and may be used to detect and prevent fraud or improper claims.

Confidentiality: The confidentiality of patient and member information is of paramount concern to Ingosstrakh and Bupa International. To this end, Ingosstrakh and Bupa International fully comply with Data Protection Legislation and Medical Confidentiality Guidelines. In addition the rights of individuals under the UK Data Protection Act will be afforded to you.

Bupa International may from time to time recruit third parties for processing of data on its behalf. Such data processing is performed outside the EEA and is governed by contractual restrictions regarding confidentiality and safety, in addition to the Data Protection Legislation.

Medical information: Medical information will be kept confidential. It will only be disclosed to those involved with your treatment or care, including your GP/ Primary Health Physician, or to their agents, and, if applicable, to any person or organisation who may be responsible for meeting your treatment expenses, or their agents. Claims information will be shared with your insurer, Ingosstrakh, and may also be shared with appointed third parties involved in the management and handling of your claim. Claims information may also be discussed with the Agent/ Adviser where you have requested the Adviser to assist you.

Member details: All membership documents and confirmation of how we have dealt with any claim you may make will be sent to the main member.

Telephone calls: In the interest of continuously improving our service to members, your call will be recorded and may be monitored.

Research: Anonymised or aggregated data may be used by Ingosstrakh and Bupa International, or disclosed to others, for research or statistical purposes.

Fraud: Information may be disclosed to others with a view to preventing fraudulent or improper claims.

Names and addresses: Ingosstrakh and Bupa International do not make the names and addresses of members or patients available to other organisations.

Keeping you informed: Bupa International and Ingosstrakh would like from time to time to inform you on our products and services which may be of interest to you.

Contact address: If you have any Data Protection queries please write to the Head of Information Governance, at Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA or at DataProtection@Bupa.com.



ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, внимательно прочитайте данный раздел, **так как он содержит информацию о Ваших правах, касающихся медицинских отчетов**

Для того чтобы обработать Ваше заявление на выплату страхового возмещения, нам может потребоваться обратиться к кому-либо из Ваших врачей за медицинским отчетом. Пожалуйста, подтвердите свое согласие на получение нами медицинского отчета, подписав следующее заявление.

Ваш врач вправе скрыть от Вас информацию или часть информации, содержащейся в отчете, если (а) он считает, что она может повредить Вам, или (б) она может раскрыть его намерения в отношении Вас, или (в) она может раскрыть личность другого лица без его согласия (за исключением медицинского работника, действующего в данном качестве в связи с Вашим лечением). Ваш врач может также взимать за свои услуги разумную плату.

Нижеподписавшийся уполномочивает и просит любую больницу, врача или иного медицинского работника предоставить Bupa International или ее должным образом уполномоченным представителям, действующим от имени Bupa International, любую информацию, которую Bupa International или ее представители могут запросить в связи с лечением или иными услугами, оказанными мне или моим родственникам в целях рассмотрения Ингосстрахом настоящего заявления.

Для резидентов Великобритании

Вы можете выбрать один из трех вариантов:

- Вы можете дать свое согласие, не требуя предварительного просмотра врачебного отчета, перед тем как он будет направлен нам. В таком случае отчет будет направлен врачом нам напрямую.
- 2. Вы можете дать свое согласие, но с условием предварительного просмотра отчета, перед тем как он будет направлен нам. В этом случае в течение 21 дня, после того как Вы получите от нас уведомление, что мы запросили у врача отчет, Вы должны будете связаться с Вашим врачом и договориться о просмотре отчета. Если Вы не свяжетесь с врачом в течение 21 дня, он будет вправе направить отчет нам напрямую. Если, однако, Вы свяжетесь с врачом и уведомите его о своем намерении ознакомиться с отчетом, Вы должны будете дать врачу свое письменное согласие на то, что он может направить данный отчет нам. Вы можете попросить своего врача изменить отчет, если считаете его ошибочным. Если врач откажется, Вы можете настаивать на добавлении своих собственных комментариев к отчету перед его отпоавкой нам.

Если Вы дадите свое согласие на то, что отчет может быть направлен нам без предварительного просмотра Вами, Вы можете изменить свое решение и до отправки отчета сообщить об этом своему врачу. В таком случае у Вас будет возможность просмотреть отчет и попросить врача изменить его или добавить собственные комментарии перед отправкой отчета нам, либо не давать своего разрешения на отправку отчета нам.

 Вы можете не давать своего согласия, но в таком случае вы должны понимать, что мы можем отказать в удовлетворении Вашего заявления на выплату страхового возмещения.

Вне зависимости от Вашего решения просматривать или не просматривать отчет перед его отправкой нам, в течение шести месяцев после направления нам отчета Вы вправе попросить Вашего врача предоставить

Если Вы являетесь резидентом Великобритании, подписывая настоящую форму, Вы также подтверждаете, что Вам разъяснили Ваши права в соответствии с Законом о доступе к медицинским отчетам 1988 года и Приказом о доступе к личным файлам и медицинским отчетам 1991 года.

Я являюсь гражданином Великобритании и я (не) желаю просматривать все медицинские отчеты перед направлением их в Вира International. (Вычеркнете слово НЕ, если Вы желаете просматривать все медицинские отчеты перед направлением их в Вира International).

Уведомление о защите данных

Обратите внимание: При обработке клиентской информации Вира International и Ингосстрах полностью соблюдают законодательство о защите информации и принципы медицинской конфиденциальности. В связи со спецификой нашей деятельности, иногда такая обработка информации осуществляется за пределами Европейской экономической зоны. Мы будем раскрывать медицинскую информацию лишь лицам, вовлеченным в Ваше лечение и/или уход за Вами. Мы не делаем информацию об участвующих лицах или пациентах доступной для других организаций. Вы можете ознакомиться со всеми деталями Вашего плана страхования, включая принципы защиты информации и медицинской конфиденциальности, в режиме online на MembersWorld по адресу www.bupa-intl.com/membersworld.

Цель: Персональные данные, собранные о Вас или, если применимо, о Вашей семье, будут использоваться Ингосстрах и Вupa International при рассмотрении Вашего заявления на выплату страхового возмещения, при обслуживании Вашего страхового полиса и могут быть использованы для выявления и предотвращения фактов мошенничества или неправомерных заявлений на выплату страхового возмещения.

Конфиденциальность: Сохранение конфиденциальности информации о пациенте и застрахованном имеет для Ингосстрах и Вupa International первостепенное значение. Ингосстрах и Вupa International соблюдают все требования законодательства о защите данных и положений о конфиденциальности медицинской информации. Кроме того, права физических лиц гарантируются Законом о защите данных Великобритании.

Bupa International может время от времени нанимать от своего имени третьих лиц для обработки данных застрахованных. Такого рода услуги могут осуществляться за пределами Европейской экономической зоны и регулируются договорными отношениями, имеющими в дополнение к законодательству о защите информации ограничения в части конфиденциальности и безопасности.

Медицинская информация: В отношении медицинской информации соблюдается строгая конфиденциальность. Она раскрывается только тем лицам, которые вовлечены в Ваше лечение и уход за Вами, включая врача терапевта/лечащего врача, или их представителей, или, если применимо, тем лицам и организациям, которые несут расходы за Ваше лечение, или их представителям. Информация о заявлениях на выплату страхового возмещения будет предоставляться Вашему страховщику, Ингосстраху, а также третьим лицам, вовлеченным в обработку и рассмотрение Вашего заявления. Информация о заявлениях на выплату страхового возмещения может также обсуждаться с Агентом/Советником, если Вы обращались к нему за помощью.

Документы для застрахованного: Все документы в связи с программой страхования, а также подтверждения наших действий в связи с заявлениями на выплату страхового возмещения направляются основному застрахованому.

Телефонные звонки: В целях постоянного улучшения качества обслуживания клиентов все Ваши телефонные звонки записываются и

Исследования: Ингосстрах и Bupa International вправе использовать или раскрывать третьим лицам анонимные или обобщенные данные в исследовательских и статистических целях.

Мошенничество: Информация может быть раскрыта третьим лицам в целях предотвращения мошенничества или неправомерных заявлений на выплату страхового возмешения.

Имена и адреса: Ингосстрах и Bupa International не предоставляют имена и адреса своих застрахованных или пациентов другим организациям.

Информирование страхователя: время от времени Bupa International и Ингосстрах хотели бы информировать Bac о своих продуктах и услугах, которые могут предоставлять для Bac интерес.

Контактные лица: Если у Вас возникли вопросы о мерах по защите данных, Вы можете обратиться к руководителю отдела по управлению информацией по адресу: Bupa House, 15-19 Bloomsbury Way, London WC1A 2BA или по эл. почте DataProtection@Bupa.com.

Могут ли н	Are some of the costs recoverable from someone else (for example, state insurer or a person / organisation involved in an accident?): Могут ли некоторые из расходов быть возмещены третьими лицами (например, государственной страховой компанией или лицом / организацией – участником несчастного случая)?																									
Yes / Да	\bigcirc	Ν	10/	He	т ($\overline{)}$																				
Name:																										Г
Имя:																										
Address:																										Γ
Адрес:																										

7

Declaration / Уведомление

THE PATIENT TO BE COMPLETED BY THE PATIENT ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ

- I confirm that I have read and understood section 5 "Your consent to obtain a Medical Report" of this form.
 Я подтверждаю, что я прочитал и понял раздел 5 «Ваше согласие на предоставление медицинского отчета».
- I confirm that the information I have given on this form is accurate and correct, to the best of my knowledge.
 Я подтверждаю, что информация, указанная в настоящем заявлении является, насколько мне известно, точной и верной.
- I confirm that I give explicit consent to process my personal information with respect to this claim.
 Я подтверждаю, что я даю свое прямое согласие на обработку моих персональных данных в связи с настоящим заявлением на выплату страхового возмещения.
- I understand that in the event that terms and conditions of my plan have not been met Ingosstrakh or Bupa International for and on behalf of Ingosstrakh reserves the right to recover any costs directly from the plan holder or myself.
 Я понимаю, что в случае, если условия моей программы страхования не будут выполнены, Ингосстрах или Вupa International от имени Ингосстраха сохраняет за собой право взыскать расходы непосредственно с застрахованного лица или меня лично.

Patient's signature (Parent or guardian if patient is under 16)
Подпись пациента (родителя или опекуна, если пациент моложе 16 лет)

Third party insurers / Страховщики – третьи лица

Date / Дата

If you have any queries regarding your claim, log onto our website www.bupa-intl.com/membersworld or contact our customer services team on: Если у Вас есть какие-либо вопросы в отношении Вашего заявления на выплату страхового возмещения, пожалуйста, зайдите на наш сайт www.bupa-intl.com/membersworld или свяжитесь с клиентской службой по

Telephone: +44 (0) 1273 323563
 Телефону: +44 (0) 1273 323563

Fax: +44 (0) 1273 820517
 Φaκcy: +44 (0) 1273 820571

• Email: info@bupa-intl.com Email: info@bupa-intl.com

Email is used for your convenience and speed, but we cannot always guarantee the security of this method of communication. You need to be aware that some companies and countries do monitor email traffic. You need to take this into account when choosing to use this method of communication. Электронная почта обычно используется для удобства и скорости, однако, мы не можем всегда гарантировать Вам безопасность данного способа связи. Вы должны сознавать, что некоторые компании и страны контролируют трафик электронных сообщений. Пожалуйста, примите данный факт во внимание при выборе этого метода для связи с нами.