

## ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ (ВЗР — выезжающие зарубеж)

### Действия при наступлении страхового случая

При наступлении события, имеющего признаки страхового случая, прежде чем предпринять какие-либо действия, Застрахованный или другое лицо, действующее в его интересах, в обязательном порядке в течение 24 часов должен позвонить в круглосуточный сервисный центр компании.

При обращении необходимо сообщить следующие данные:

- номер страхового полиса;
- фамилию и имя Застрахованного;
- местонахождение Застрахованного;
- период действия страхового полиса;
- дату пересечения границы;
- описание произошедшего события с Застрахованным;
- номер контактного телефона для обратной связи.

Перед звонком необходимо обратить внимание на наименование сервисной компании, указанное в Вашем страховом полисе.

Если у Вас указана компания Europ Assistance, то обращайтесь по многоканальному телефону:  
**+7 (495) 787-21-78 (Москва).**

Если у Вас в полисе указана компания Балт Ассистанс Сервис, то обращайтесь по:

- многоканальному телефону: **+7 (495) 134 00 35 (Москва);**
- номер для SMS: **+7 (909) 776-51-97;**
- Skype (только для письменных сообщений): **baltassistans;**
- по электронной почте **claim@calltravel.eu**

Перед звонком необходимо уточнить правила набора и коды доступа телефонных линий из страны и отеля, в котором Вы находитесь.

### Контакты ООО «СК «АРСЕНАЛЬ»

Центральный офис:

Адрес: 111020, г.Москва, 2-я ул. Синичкина, д.9а,  
строение 10

Телефоны: +7 (499) 277-79-79, 8 (800) 707-07-79

E-mail: [claims@arsenalins.ru](mailto:claims@arsenalins.ru)

E-mail: [claimauto@arsenalins.ru](mailto:claimauto@arsenalins.ru)

Региональная дирекция в г. Ярославль:

Адрес: 150000, г. Ярославль, ул. Некрасова, д. 28,  
оф. 103

Телефоны: 8 (800) 707-07-79 доб. 3731

+7 (4852) 67-98-36

E-mail: [samarin@arsenalins.ru](mailto:samarin@arsenalins.ru)

**ВАЖНО:** Заявление на страховую выплату вместе с пакетом документов необходимо направлять в  
Региональную дирекцию в г. Ярославль на адрес эл. почты: [samarin@arsenalins.ru](mailto:samarin@arsenalins.ru)

**Страхователь(Застрахованный) для подтверждения факта страхового случая и подтверждения произведенных расходов должен предоставить следующие документы:**

1. Заявление на страховую выплату
2. Паспорт РФ и копии всех страниц заграничного паспорта
3. Договор страхования (полис)
4. Документы подтверждающие медицинские и иные расходы:
  - Оригиналы медицинских документов, содержащие сведения о дате обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного в момент обращения за медицинской помощью, диагнозе, о проведенных медицинских манипуляциях и предоставленных медикаментах с разбивкой по датам и стоимости, медицинские документы о несчастном случае;
  - Рецепты или их заверенные копии со штампом аптеки и указанием даты и фамилии Застрахованного, а также относящиеся к ним счета врачей (в которых должны быть четко указаны названия лекарственных препаратов, перевязочных средств и материалов, с приложенными оригиналами кассовых чеков/квитанций, подтверждающих оплату с указанием наименования стоимости каждого приобретенного лекарственного препарата);
  - Счета на лечебные и вспомогательные средства с рецептами врача;
  - Счета суточных расходов за пребывание в медицинском учреждении (больнице) с указанием дня поступления и выписки;
  - Официальный протокол, полицейский отчет или любые официальные документы, подтверждающие факт несчастного случая и обстоятельства происшествия;
  - Документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг с указанием валюты и даты платежа;
  - Медицинская карта амбулаторного и/или стационарного пациента и медицинские документы, выданные лечебным учреждением в отношении Застрахованного;
  - Документы, подтверждающие расходы на связь (длительности разговора, стоимости разговора и даты звонка), а именно:
    - распечатки счета с указанием ФИО владельца телефона – Застрахованного (Страхователя), если телефонная связь осуществлялась с мобильного телефона;
    - распечатки звонков, произведенных с иных стационарных номеров на телефонные номера Сервисной компании (Страховщика), длительности разговора, стоимости разговора и даты звонка.
  - Транспортные документы и квитанции, подтверждающие транспортные расходы в связи с оказанием медицинских услуг, эвакуацией (репатриацией), сопровождением.

В случае возмещения расходов по условиям страхования «Посмертная репатриация» (п. 13.1.3 настоящих Правил) заинтересованными лицами/родственниками Застрахованного предоставляются следующие документы:

- медицинское заключение о причине смерти;
- протокол вскрытия трупа (с результатами судебно-химического исследования крови и мочи от трупа – при наличии), посмертный эпикриз;
- официальный протокол, полицейский отчет или любые официальные документы, подтверждающие факт произошедшего и обстоятельства происшествия.

---

*Документы, составленные на иностранном языке должны быть переведены на русский язык специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов за счет Страхователя (Застрахованного) согласно пункту 11.4. Правил страхования расходов граждан выезжающих за пределы региона проживания в редакции от 22.01.2018*

*Заявление на выплату и пакет документов должны быть предоставлены страховщику в течении 30 (тридцати) календарных дней с даты возвращения из поездки, в течение 7 дней с момента наступления страхового случая по риску "Отмена и изменение сроков поездки".*

Исх. № \_\_\_\_\_  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

В ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»  
От \_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
на страховую выплату

Сообщаю о наступлении события:

\_\_\_\_\_ (классификация события)

В отношении Застрахованного:

\_\_\_\_\_ (ф. и. о. Застрахованного лица, адрес, паспортные данные)

по договору страхования (полису) расходов граждан, выезжающих за пределы региона проживания № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Событие произошло: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. в \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. (время московское)  
при следующих обстоятельствах: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (краткое описание причин и обстоятельств наступившего события)

О наступлении события заявлено:

в Сервисную компанию  - да;  - нет;

дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Страховщику  - да;  - нет;

дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Обращение в медицинское учреждение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать дату обращения, наименование соответствующих медицинских учреждений, их месторасположение, контакты и т. д.)

Выгодоприобретатель: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ф. и. о., адрес, паспортные данные)

Страховую выплату прошу осуществить: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать банковские реквизиты)

К заявлению прилагаются:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать перечень документов)

Представитель Страхователя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

м.п.

подпись

ФИО, должность

Заявление принял:

Представитель Страховщика: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

подпись

ФИО, должность