Приложение №14 к Регламенту осуществления ООО «Московские партнеры» деятельности по доверительному управлению ценными бумагами

Требование о возврате денежных средств при наступлении особой жизненной ситуации

Настоящим я, _____, ИНН _____,
ФИО
паспорт: серия_____ номер_____ ввиду возникновения особой жизненной ситуации требую произвести о возврат из доверительного управления денежных средств в сумме _____ (не превышает стоимость дорогостоящего вида лечения, указанную в документе[1])

1. Денежные средства прошу перевести медицинской организации (индивидуальному предпринимателю, осуществляющему медицинскую деятельность):

Полное наименование (полное фирменное наименование) медицинской организации, (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, которой (которому) осуществляется выплата денежных средств в счет оплаты дорогостоящего вида лечения, предусмотренного в пункте 4 Требования (далее - дорогостоящий вид лечения	
ИНН медицинской организации, индивидуального предпринимателя	

2. Медицинские услуги оказываются на основании договора №____ _ от «_ _»_____20__ г. [2]

3. Денежные средства прошу перевести по следующим реквизитам:

Наименование получателя платежа	
КПП получателя платежа	
ИНН получателя платежа	
Номер расчётного счета получателя платежа	
Банк получателя платежа	
БИК банка	
КПП банка	
Номер корреспондентского счёта	
Назначение платежа	Выплата денежных средств в случае наступления особой жизненной ситуации по Договору на ведение ИИС ДУ № ___от «____» _____ 20___ г. в счет оплаты дорогостоящего вида лечения из Перечня, указанного в пункте 4 Требования

4. Перечень дорогостоящих видов лечения (выбрать один из видов):

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение онкологических заболеваний, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение острого инфаркта миокарда, включая операции с использованием аппаратов искусственного кровообращения, операции по реваскуляризации миокарда.

☐ Пересадка клапанов сердца - замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном.

☐ Хирургическое лечение заболеваний аорты в целях лечения хронического заболевания аорты путем иссечения и замены дефектной части трансплантатом в грудной и брюшной части.

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта).

☐ Хирургическое лечение доброкачественной опухоли мозга.

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение туберкулеза любой локализации.

☐ Комбинированное лечение осложненных форм сахарного диабета.

☐ Терапевтическое лечение системных поражений соединительной ткани.

---

[1] Справка или медицинское заключение, выданные в соответствии с Порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений, утвержденным приказом Минздрава России от 14 сентября 2020 года N 972н, медицинской организацией (индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность), которой (которому) осуществляется выплата в счет оплаты дорогостоящего вида лечения).

[2] Дата и номер договора (при наличии), предусмотренного частью 2 статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основании которого медицинская организация (индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность) будет осуществлять дорогостоящий вид лечения, указанный в пункте 4 Требования

☐ Терапевтическое лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

☐ Все виды лечения терминальной почечной недостаточности, в том числе связанные с использованием гемодиализа, перитонеального диализа и включающие необходимость трансплантации.

☐ Все виды лечения терминальной печеночной недостаточности, в том числе включающие необходимость трансплантации.

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение тяжелых форм заболеваний и сочетанной патологии глаза и его придаточного аппарата, в том числе с использованием эндолазерных технологий, а также включающее необходимость трансплантации.

☐ Хирургическое, терапевтическое и комбинированное лечение тяжелых форм заболеваний слухового аппарата.

☐ Комплексное лечение ожогов с площадью поражения поверхности тела 30 процентов и более, включая необходимость трансплантации.

☐ Реконструктивные, пластические и реконструктивно-пластические операции исключительно для лечения последствий травм или заболеваний. Реплантация, имплантация протезов, металлических конструкций, электрокардиостимуляторов и электродов.

☐ Терапевтическое лечение орфанных заболеваний.

☐ Трансплантация органов (комплекса органов), тканей и костного мозга.

«___»_____ 20___года

Учредитель управления _____/_____/
Подпись Фамилия, инициалы

СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ

Настоящим подтверждаю приём Требования о возврате денежных средств при наступлении особой жизненной ситуации по Договору на ведение ИИС ДУ № ___от «____» _____ 20___ г.

Сотрудник ООО «Московские партнеры» _____/_____/
Подпись Фамилия, инициалы

м.п.

Входящий № _____ Дата приема «___»_____20__г. Время ____час. ___мин.