

Штамп с входящим номером

Билет Члена Профсоюза

№

номер электронного билета Члена Профсоюза

Заявление на получение страхового возмещения / анкета физического лица «Медицинские расходы»

От: (ФИО полностью)

Проживающего по адресу:

Паспорт: Серия: №:

Выдан:

Код подразделения:

Дата выдачи:

Дата рождения:

Место рождения:

Адрес регистрации: (если отличается от адреса проживания)

Телефон:

e-mail:

№

номер договора или страхового полиса

выдан

число

месяц

год

Прошу компенсировать понесённые расходы по оказанию Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в период его пребывания в поездке:

Застрахованный: Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения: число, месяц, год

Адрес проживания (если отличается от заявителя)

Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный: Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения: число, месяц, год

Адрес проживания (если отличается от заявителя)

Свидетельство о рождении

Выдано: Серия: №: Дата выдачи

Паспорт (при наличии)

Выдан: Серия: №: Дата выдачи

Код подразделения:

Место рождения:

Адрес регистрации: (если отличается от адреса проживания)

Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Фамилия</small>	<small>Имя</small>	<small>Отчество</small>
Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Адрес проживания <small>(если отличается от заявителя)</small>	<input type="text"/>		
Свидетельство о рождении	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
Паспорт <small>(при наличии)</small>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
			<small>Код подразделения:</small>
Место рождения:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации: <small>(если отличается от адреса проживания)</small>	<input type="text"/>		

Страховой случай

Страна	<input type="text"/>		
	<small>с указанием города, где произошёл страховой случай</small>		
Дата	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Обстоятельства <small>(краткое описание произошедшего события)</small>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Обращались ли вы в Сервисную компанию?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<small>если обращения не было укажите причину</small>		
Диагноз <small>причины обращения к врачу</small>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Общая сумма понесенных расходов	<input type="text"/>	Франшиза <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="text"/>
			<small>величина</small>

Дополнительно сообщая:

<input type="text"/>

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1.	Страховой полис Филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование/ информация по страхованию №
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Публичное должностное лицо (заполняется только если вы ПДЛ или его родственник)

Полное имя (если отличается заявителя)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Фамилия	Имя	Отчество
Место работы	<input type="text"/>		
Должность	<input type="text"/>		
Степень родства (если ПДЛ — родственник)	<input type="text"/>		

Прошу произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

Внимание! Важно!

1. Реквизиты обязательны для заполнения!
3. Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке (кроме английского или немецкого) должны быть переведены на русский язык в бюро переводов.

Получатель	<input type="text"/>		
	Ф. И. О.		
ИНН получателя (при наличии)	<input type="text"/>		
Банк получателя	<input type="text"/>		
ИНН банка	<input type="text"/>	БИК	<input type="text"/>
Корр. счет	<input type="text"/>		
Расчетный счет	<input type="text"/>		
Лицевой счет	<input type="text"/>		

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям в которые я обращаюсь, и врачам, проводившим обследование и лечение, предоставить страховой компании по ее запросу необходимую полную информацию о состоянии моего здоровья.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов согласно перечню.

Дата	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ф. И. О.
	число	месяц	год	
Подпись	<input type="text"/>			Расшифровка подписи <input type="text"/>
	<input type="text"/>			<input type="text"/>

Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование

119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8, помещение С14-03, комнаты 11-12/ тел.: +7 495 626-58-00 / факс: +7 495 626-57-30 * 107
info@erv.ru | www.erv.ru | Лицензия СЛ № 3954 от 07 июля 2015 года | Лицензия СИ № 3954 от 07 июля 2015 года.