

Заявление о наступлении страхового случая

По программам от несчастных случаев и болезней, а также имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства

Штамп с входящим номером

От

Дата рождения

Фамилия — Имя — Отчество

день / месяц / год

Проживающего по адресу

Паспорт:

Когда выдан

Серия / Номер

день / месяц / год

Кем Выдан

Наименование учреждения выдавшего документ

№ полиса

Выдан

день / месяц / год

Начало периода страхования

Конец периода страхования

день / месяц / год

день / месяц / год

Застрахованный

Фамилия — Имя — Отчество

Дата рождения

№ билета Члена Профсоюза

день / месяц / год

номер электронного билета Члена Профсоюза

Расширенная программа



Критические заболевания

Временная нетрудоспособность в результате НС (с 1 дня, но не более 30 дней)

Хирургическая операция в результате НС

Клещевой энцефалит

Хирургическая операция при аппендиците (аппендэктомия)

Экстренная госпитализация при осложнении протекания беременности на сроке до 24 недель

	Базовый	Стандарт	Премиум	Премиум Спорт
Смерть в результате НС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Инвалидность в результате НС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Травмы, включая ожоги/обморожения/укусы	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Экстренная госпитализация в результате НС	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Плановая госпитализация в результате НС	—	—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Выбрать программу и отметить галкой, что произошло

Дополнительно сообщая:

Если есть что сообщить дополнительно в свободной форме

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Отметьте наличие документа в левом поле (☑), если документ приложен к заявлению, при наличии иных документов — укажите их в перечне.

<input checked="" type="checkbox"/>	Оригинал или копия страхового полиса Филиала ООО PCO «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование
<input type="checkbox"/>	Копия паспорта
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Прошу выплатить страховое возмещение по следующим реквизитам:

- 1. Реквизиты обязательны для заполнения.
- 2. Реквизиты должны принадлежать непосредственно Застрахованному лицу. Для несовершеннолетних детей указываются реквизиты одного из родителей.

Получатель _____
_____ Фамилия — Имя — Отчество _____

ИНН получателя _____
_____ при наличии _____

Банк получателя _____

ИНН банка _____

БИК _____

Корр. счет _____

Расчетный счет _____

Лицевой счет _____

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

Дата _____
_____ / _____ / _____
_____ день _____ месяц _____ год _____

Подпись _____

Расшифровка подписи _____