



В АО «ЕРВ Туристическое Страхование»

От:

Проживающего по адресу:

Паспорт: №

Выдан:

Дата рождения:

Телефон:

e-mail:

Штамп с входящим номером

Билет Члена Профсоюза

№

номер электронного билета Члена Профсоюза

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

№ **выдан**

номер договора или страхового полиса число месяц год

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

Застрахованный Ф. И. О.

Дата рождения

число месяц год

Страховой случай

Страна

Дата с указанием города, где произошёл страховой случай

число месяц год

Обстоятельства
(краткое описание произошедшего события)

Обращались ли вы в Сервисную компанию? Да Нет

если обращения не было укажите причину

Диагноз
причины обращения к врачу

Общая сумма понесенных расходов

Франшиза Да Нет

величина

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1.	Страховой полис ERV / информация по страхованию №
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Прошу произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

Внимание! Важно!

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

Получатель			
			Ф. И. О.
ИНН получателя (при наличии)			
Банк получателя			
ИНН банка		БИК	
Корр. счет			
Расчетный счет			
Лицевой счет			

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям в которые я обращался, 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"/>

Дополнительно сообщаю:

АО «ЕРВ Туристическое Страхование»

РФ, 119049 Москва, ул. 4-й Добрынинский пер., д. 8, помещение С14-01 / тел.: +7 495 626-58-00 / факс: +7 495 626-57-30 * 107

info@erv.ru | www.erv.ru | Лицензия ЦБ РФ СЛ №4009, СИ №4009