



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)Константинопольского Константина
КонстантиновичаПроживающего
по адресу:

г. Москва, ул. Пушкина, дом 2, корпус 2, кв. 1910

Паспорт:

Серия: 1234 №: 1234567

Выдан:

Отделением УФМС России по гор. Москве
по району Ховрино

Код подразделения: 770-027

Дата выдачи:

10 февраля 2011 г.

Дата рождения:

21 ноября 1980 г.

Место рождения:

г. Москва

Адрес
регистрации:
(если отличается
от адреса проживания)

г. Москва, ул. Пушкина, дом 2, корпус 2, кв. 1510

Телефон:

+7 (903) 123-45-67

e-mail:

kostkost001@gmail.com

Я даю согласие на получение запросов и уведомлений
о принятом решении по электронной почте

№

E1000-301296977

номер договора или страхового полиса

выдан

08

число

июня

месяц

2023 г.

год

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

Застрахованный

Константинопольский

Фамилия

Константин

Имя

Константинович

Отчество

Дата рождения

21

число

ноября

месяц

1980 г.

год

Адрес
проживания(если отличается
от заявителя)

Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный

Иванов

Фамилия

Иван

Имя

Иванович

Отчество

Дата рождения

28

число

апреля

месяц

2018 г.

год

Адрес
проживания(если отличается
от заявителя)Свидетельство
о рождении

Выдано

Серия: VI-МЮ №: 001002

Дата выдачи

3

мая

2018 г.

Левобережным отделом ЗАГС Управления ЗАГС Москвы

Паспорт
(при наличии)

Серия:

№:

Дата выдачи

Выдан

Код подразделения:

Место рождения:

г. Москва

Адрес
регистрации:(если отличается
от адреса проживания)

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

Серия;

№;

Дата выдачи

Выдано

Паспорт
(при наличии)

Серия;

№;

Дата выдачи

Выдан

Код подразделения:

Место рождения:

Адрес регистрации:
(если отличается от адреса проживания)

Страховой случай

Страна

Турция

Дата

18

июнь

2023 г.

число

месяц

год

с указанием: города, где произошел страховой случай

Обстоятельства
(краткое описание произошедшего события)

Вечером 18 июня поднялась температура до 38 градусов. Из других симптомов: кашель, насморк и слабость.
Сразу обратились в сервисный центр и следовали всем инструкциям.

Обращались ли вы в Сервисную компанию?

☒ Да

☐ Нет

если обращения не было укажите причину

Диагноз
причины обращения к врачу

ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция)

Общая сумма понесенных расходов

7432 турецких лир

Франшиза

☒ Да

☐ Нет

величина

Дополнительно сообщая:

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. Заключение врача
3. Рецепт врача
4. Чеки за такси до больницы и обратно
5. Чеки за покупку выписанных лекарств
6. Копия заграничного паспорта с отметкой о пересечении границы
7. Копия паспорта гражданина Российской Федерации (первая страница и прописка)
- 8.
- 9.
- 10.

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

Полное имя
(если отличается
заявителя)

Фамилия

Имя

Отчество

Место работы

Должность

Степень родства
(если ПДЛ — родственник)

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

Константинов Константин Константинович

Ф.И.О.

ИНН получателя
(при наличии)

123456789012

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.

☒ **Согласен на получение рассылок**

Дата

30

июня

2023 г.

Ф.И.О.

Подпись

Расшифровка подписи

Константинов К.К.

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.