



В ЗАО «Европейское Туристическое Страхование»

От: *Константинопольский*
Константин Константинович
Проживающего по адресу: *115012, г. Иваново,*
ул. Весенняя, д. 1, кв. 1
Паспорт: *45 00* № *123456*
Выдан: *ОВД Ленинского района, г. Иваново*
Дата рождения: *1* *января* *1980*
Телефон: *+7 999 999-99-99*
e-mail: *ivanov@mail.ru*

Штамп с входящим номером

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

№ *A007-6650115* выдан *4* *января* *2014*
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 *Константинопольский Константин Константинович*
Дата рождения *15* *ноября* *1984*
число месяц год

Страховой случай
Страна *Египет*
Дата *9* *января* *2014*
с указанием города, где произошёл страховой случай
число месяц год
Обстоятельства (краткое описание произошедшего события) *Упал на мокром полу в отеле, сломал руку*
Обращались ли вы в Сервисную компанию? Да Нет
если обращения не было укажите причину
Диагноз (причины обращения к врачу) *Открытый перелом руки*
Общая сумма понесенных расходов *50 \$* Франшиза Да Нет *30 \$*
величина

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1.	Страховой полис ERV / информация по страхованию № А007-6650115
2.	Медицинский счёт от врача за медикаменты
3.	Отчёт врача с указанием диагноза
4.	Чек, подтверждающий оплату
5.	Копия заграничного паспорта (1 стр.)
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	Константинопольский Константин Константинович																			
Банк получателя	ОАО «Сбербанк России»																			
ИНН	7	7	0	7	0	8	3	8	9	3	БИК	0	4	4	5	2	5	2	2	6
Корр. счет	3	0	1	0	1	8	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	
Расчетный счет	3	0	5	6	7	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	7	8	3	
Лицевой счет	4	0	8	1	7	8	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	3	4	

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	20	января	2014	Ф. И. О.
	число	месяц	год	
Подпись				Расшифровка подписи
				Константинопольский К. К.

Дополнительно сообщая:

После обращения в сервисную компанию приехал врач, осмотрел, направил в госпиталь.
В госпитале оказали всю необходимую помощь. Оплачивал только медикаменты.