



## В ЗАО «Европейское Туристическое Страхование»

От: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Штамп с входящим номером

## 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  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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.
Банк получателя			
ИНН		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				Ф. И. О.
	число	месяц	год	
Подпись			Расшифровка подписи	

## Дополнительно сообщая:
