ЧАО «Европейское туристическое страхование» · ул. Спасская 5, оф.15 · 04071 Киев, Украина Тел.: +38 (044) 299 78 87

[info@eurotravelins.com.ua](mailto:info@eurotravelins.com.ua) · [www.eurotravelins.com.ua](http://www.eurotravelins.com.ua/)

Заявление на получение страхового возмещения Медицинские расходы и несчастный случай

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Договор страхования | | | | | № | | | | от |  | | Дело | | № | Заполняет специалист ЄТС | | | |
| 1 | ФИО Застрахованного лица, с которым произошло событие: | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Адрес | | индекс, нас. пункт | | | | | |  | | | | | | | | | |
| ул. , дом, кв. | | | | | |  | | | | | | | | | |
| телефон | | | | | |  | | | *моб.* | | |  | | | |
| 2 | Заграничный паспорт | | | | | | | *серия, №* |  | | | *e-mail:* | | |  | | | |
| 3 | Период страхования | | | | | | | *начало* |  | | | *конец* | | |  | | | |
| 4 | Цель | путешествия | |  | |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 5 | Страховое событие | | | | | | | Амбулаторное лечение | | | |  | | Покупка медикаментов | | | |  |
| Стационарное лечение | | | |  | | Несчастный случай | | | |  |
| Другое |  | | | | | | | | | |
| Когда и где произошло событие | | | | | | | Дата: |  | | Город: |  |  | Страна: | |  | |  |
| Описание события: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Диагноз | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Дата сообщения о страховом случае по номеру телефона  экстренного вызова ЄТС, указанному в договоре страхования | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 8 | Результат обращения | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Есть ли у вас договор (полис) страхования медицинских расходов или от  несчастного случая другой страховой компании? | | | | | | | | | | | | | Да | | Нет | |  |
| Если да, укажите страховую компанию и номер договора страхования | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 10 | К заявлению прилагаются следующие документы: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) | Оригиналы счетов за медицинские услуги | | | | | | | | | №  №  № | | от  от от | | | | на сумму  на сумму на сумму | |
| 2) | Оригиналы чеков (квитанций) об оплате медицинских услуг | | | | | | | | | №  №  № | | от от от | | | | на сумму на сумму на сумму | |
| 3) | Копия страхового полиса № | | | | | | | | | | | | | | | | *да* |
| 4) | Копия загранпаспорта (первая страница, страницы с визой и со штампами выезда и въезда в страну) | | | | | | | | | | | | | | | | *да* |
| 5) | Копия национального паспорта (все страницы страницы) или ID-карты (с обеих сторон) и Справки о регистрации места проживания | | | | | | | | | | | | | | | | *да* |
| 6) | Копия справки об идентификационном номере | | | | | | | | | | | | | | | | *да* |
| 7) | Копия свидетельства о рождении (для несовершеннолетних застрахованных лиц) | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 8) | *Только при несчастном случае:* Акт о несчастном случае | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 9) | *Только при несчастном случае:* Справка о временной нетрудоспособности или  Заключение МСЭК об инвалидности | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *10)* |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *11)* |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *12)* |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Способ получения страхового возмещения: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Перечислить на банковскую карту  *(гривневый счет)* | | | | | | | *Название банка:*  ЗКПО(ЕГРПОУ) *IBAN*  *№ карточного счета заявителя*  *(пожалуйста, уточняйте реквизиты в контактном центре Вашего банка)* | | | | | | | | | | | |

Дата « » 20 года. ФИО и подпись заявителя: / /

