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

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 телефонаэкстренного вызова ЄТС, указанному в договоре страхования |  |
| 8 | Результат обращения |  |
| 9 | Есть ли у вас договор (полис) страхования медицинских расходов или отнесчастного 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 | №№№ | отот от | на суммуна 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 илиЗаключение 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: / /

