

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)

Проживающего  
по адресу:

Паспорт:

Серия:

№:

Выдан:

Код подразделения:

Дата выдачи:

Дата рождения:

Место рождения:

Адрес  
регистрации:  
(если отличается  
от адреса проживания)

Телефон:

e-mail:

№

номер договора или страхового полиса

**выдан**

число

месяц

год

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

Застрахованный

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

число

месяц

год

Адрес  
проживания  
(если отличается  
от заявителя)

**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**

Выдано

Серия:

№:

Дата выдачи

**Паспорт  
(при наличии)**

Выдан

Серия:

№:

Дата выдачи

Код подразделения:

Место рождения:

Адрес  
регистрации:  
(если отличается  
от адреса проживания)

### Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Фамилия</small>	<small>Имя</small>	<small>Отчество</small>
Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Адрес проживания <small>(если отличается от заявителя)</small>	<input type="text"/>		
<b>Свидетельство о рождении</b>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
<b>Паспорт</b> <small>(при наличии)</small>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
			<small>Код подразделения:</small> <input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации: <small>(если отличается от адреса проживания)</small>	<input type="text"/>		

### Страховой случай

Страна	<input type="text"/>		
	<small>с указанием города, где произошёл страховой случай</small>		
Дата	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Обстоятельства <small>(краткое описание произошедшего события)</small>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Обращались ли вы в Сервисную компанию?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<small>если обращения не было укажите причину</small>		
Диагноз <small>причины обращения к врачу</small>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Общая сумма понесенных расходов	<input type="text"/>	Франшиза <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="text"/>
			<small>величина</small>

### Дополнительно сообщая:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## 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.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 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

Ф. И. О.

ИНН получателя  
(при наличии)

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

число

месяц

год

Ф. И. О.

Подпись

Расшифровка подписи

### 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](mailto:info@erv.ru) | [www.erv.ru](http://www.erv.ru) | Лицензия СЛ № 3954 от 07 июля 2015 года | Лицензия СИ № 3954 от 07 июля 2015 года.