

ХОДАТАЙСТВО О ВОЗМЕЩЕНИИ Медицинское страхование

Страховщик ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal.

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия/ Личный код/
Название фирмы _____ Рег. код _____

Адрес _____
Улица, номер дома, номер квартиры (хутор, деревня), индекс, город или волость

Телефон _____ Э-почта _____

Страховой полис № 70-5 _____ - _____

Ходатайствующий о возмещении Застрахованный Страхователь

Находился на лечении

Лечебное учреждение _____

Фамилия, телефон врача _____

На стационарном лечении, отделение _____ С какого по какое время _____

На амбулаторном лечении _____ С какого по какое время _____

На стоматологическом лечении _____ Дата _____
День, месяц, год

Ходатайствую

о возмещении расходов на лечение _____ евро о возмещении расходов на стоматологическое лечение _____ евро

о возмещении транспортных расходов _____ евро о возмещении расходов на вспомогательные средства _____ евро

Приложения к ходатайству о возмещении

- Полис
- Документ, подтверждающий уплату последнего страхового взноса (в случае необходимости)
- Копия документа, удостоверяющего личность застрахованного лица
- Копия документа, удостоверяющего личность ходатайствующего
- Справка от врача / выписка из амбулаторной карты
- Рентгеновские снимки _____ шт. Желая получить их обратно Да Нет
- Выписка из истории болезни
- Оригинал счета за лечение вместе с квитанцией об уплате _____ шт.
- Копия листка нетрудоспособности _____ шт.
- Счет на вспомогательные средства
- Справка об освобождении от школы

Другие документы _____ шт.

Какие? _____

Прошу перевести деньги на расчетный счет № _____

Владелец расчетного счета _____

Имя и фамилия

Подтверждаю, что данные, представленные мной, являются верными и полными. Мне известно, что в случае представления мной неверной или недостаточной информации страховщик имеет право уменьшить возмещение или отказаться от его выплаты. Мне также известно, что в соответствии с указанным в договоре страхования страховщик имеет право получить дополнительную информацию, касающуюся страхового случая, от владеющих ею лиц. Я согласен на передачу моих личных данных врачу-эксперту при рассмотрении ущерба. Я также уполномочиваю страховщика ознакомиться с данными, касающимися моего здоровья, и запрашивать от моего имени дополнительную информацию о моем здоровье у лечебного учреждения, в котором я находился на лечении, у лечащих врачей и других лиц, владеющих информацией, касающейся моего здоровья.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____