ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal
Veskiposti 2/1, 10138 Tallinn, Eesti
Registrikood 10017013

Tel 610 6677, faks 610 6676
infoelu@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO

ХОДАТАЙСТВО О ВОЗМЕЩЕНИИ
Дополнительное страхование

Страховщик ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal. К ходатайству о возмещении просим приложить больничный лист или копию справки об освобождении от учебы, а также рентгеновские снимки, где они сделаны. Если Вы желаете, рентгеновские снимки будут Вам возвращены.

ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

Имя и фамилия _____ Личный код _____

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

Телефон _____ Э-почта _____

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/ Название фирмы _____ Личный код/ Рег. код _____

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

Телефон _____ Э-почта _____

Страховой полис № 70-5 ____ - _____

Прошу выплатить мне страховое возмещение

- ☐ Суточные вследствие несчастного случая
- ☐ Больничные суточные вследствие несчастного случая
- ☐ Инвалидность вследствие несчастного случая
- ☐ Дополнительное страхование больничных суточных
- ☐ Дополнительное страхование нетрудоспособности

Состояние здоровья застрахованного перед страховым случаем

Хронические заболевания и постоянные расстройства здоровья застрахованного _____

Лечебные учреждения, где лечился застрахованный в течение двух последних лет _____

Информация о страховом случае

Дата происшествия страхового случая _____ Время _____
День, месяц, год

Место происшествия страхового случая _____

Страховой случай имел место

- ☐ на работе (в школе) / по дороге на работу или с работы
- ☐ на тренировке / на соревнованиях по соревновательным видам спорта
- ☐ во время занятий любительским спортом
- ☐ в свободное время
- ☐ вследствие болезни
- ☐ по другим причинам, в другом месте (где?)

_____

Какая часть тела была повреждена? Точный диагноз _____

Была ли повреждена ранее поврежденная часть тела? ☐ Нет ☐ Да, когда? _____

Подробное описание случая

_____

_____

_____

_____

_____

Информация о нетрудоспособности и лечении

Когда после страхового случая застрахованное лицо впервые обратилось к врачу?

_____ Время _____

День, месяц, год

Название и адрес лечебного учреждения _____

Фамилия и телефон врача _____

Какое лечение было оказано застрахованному лицу? Просим приложить справку от врача

_____

_____

_____

Находилось ли застрахованное лицо вследствие страхового случая в больнице? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то просим указать, с какого по какое время и в какой больнице. Просим приложить выписку из истории болезни.

_____

У каких врачей застрахованное лицо впоследствии получало помощь в связи со страховым случаем?

_____

Как долго застрахованное лицо было нетрудоспособным вследствие вышеупомянутого случая (как долго отсутствовало на работе или в школе)?

_____

Было продлено время лечения вследствие страхового случая в связи с другими болезнями? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то в связи с какими? _____

_____

Есть ли свидетель (свидетели) страхового случая? ☐ Да ☐ Нет

Если да, просим указать имя (имена) и контактные данные свидетеля (свидетелей) _____

_____

Другая информация, касающаяся случая

Было ли возбуждено после смерти уголовное производство или производство в связи с проступком? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то необходимо приложить документ о возбуждении/прекращении уголовного производства или производства в связи с проступком.

_____

Просим также указать контактные данные инспектора полиции, занимающегося случаем

Желаю получить страховое возмещение ☐ единовременной выплатой

☐ срочной пенсией Период выплаты _____ лет

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. Желаю получить их обратно ☐ Да ☐ Нет
- ☐ Выписка из истории болезни
- ☐ Оригинал счета за лечение вместе с квитанцией об уплате _____ шт.
- ☐ Копия больничного листа _____ шт.
- ☐ Счет на вспомогательные средства
- ☐ Справка об освобождении от школы
- ☐ Другие документы _____ шт.

Какие? _____

Прошу перевести деньги на расчетный счет № _____

Банк _____ 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 _____