

ХОДАТАЙСТВО О ВОЗМЕЩЕНИИ Дополнительное страхование

Страховщик – ERGO Life Insurance SE Eesti filiaal (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 _____

Страховой полис № 70-5 _____ - _____

Прошу выплатить мне страховое возмещение

<input type="checkbox"/> Суточные деньги вследствие несчастного случая	<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование нетрудоспособности
<input type="checkbox"/> Больничные суточные деньги вследствие несчастного случая	<input type="checkbox"/> Дополнительное страхование больничных суточных денег
<input type="checkbox"/> Инвалидность в результате несчастного случая	<input type="checkbox"/> Критическое заболевание

Состояние здоровья застрахованного до наступления страхового случая _____

Хронические заболевания и постоянные расстройства здоровья застрахованного _____

Медицинские учреждения, в которых застрахованный лечился в течение последних двух лет _____

Информация о страховом случае

Время наступления страхового случая _____
День, месяц, год

Место наступления страхового случая _____

Страховой случай имел место

<input type="checkbox"/> на работе (в школе) / по дороге на работу или с работы	<input type="checkbox"/> в результате заболевания
<input type="checkbox"/> на тренировке / соревнованиях по соревновательному спорту	<input type="checkbox"/> в свободное время
<input type="checkbox"/> при занятиях любительским спортом	<input type="checkbox"/> по иной причине, в ином месте (где?)

Какая часть тела была повреждена? Точный диагноз _____

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

Подробное описание случая

Приложения
к ходатайству
о возмещении

- Копия документа, удостоверяющего личность застрахованного лица
- Копия карты вызова скорой помощи или карты пациента
- Выписка из амбулаторной карты
- Выписка из истории болезни (в случае больничного лечения)
- Копия листка нетрудоспособности _____ шт.
- Решение об установлении постоянной нетрудоспособности или решение об оценке трудоспособности
- Рапорт о несчастном случае на производстве
- Справка из полиции
- Другие документы _____ шт.

Какие? _____

Прошу перевести деньги на расчетный счет № _____

Владелец расчетного счета _____

Имя и фамилия

Подтверждаю, что представленные мной данные являются верными и полными. Мне известно, что если я представил неверную или неполную информацию, страховщик имеет право уменьшить страховое возмещение или отказаться от его выплаты. Мне известно, что исходя из указанного в условиях договора страхования, страховщик имеет право получить дополнительную информацию, касающуюся страхового случая, у владеющих ею лиц. Даю согласие на передачу моих личных данных врачу-эксперту при урегулировании ущерба. Также уполномочиваю страховщика ознакомиться с данными, касающимися моего здоровья, и запрашивать от моего имени дополнительную информацию о моем здоровье у лечивших меня медицинских учреждений, лечащих врачей и других лиц, обладающих информацией, касающейся моего здоровья.

ЗАСТРАХОВАННЫЙ ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

Имя и фамилия

Дата _____
День, месяц, год

Подпись _____