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

Tel 610 6500, faks 610 6501
info@ergo.ee
www.ergo.ee

ERGO

ЗАЯВЛЕНИЕ НА КОМПЕНСАЦИЮ
Страхование путешествия

☐ Медицинская помощь ☐ Отмена путешествия

Просим заполнять печатными буквами

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Номер дела об ущербе (заполняет страховщик) _____

Имя и фамилия _____ Личный код _____

Адрес _____

Телефон _____ Эл. почта _____

Место работы _____ Должность _____

Страховой полис № _____ Период страхования (даты начала и окончания) _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

Заполняется в случае, если страхователь не является застрахованным лицом

Имя и фамилия/ Компания _____ Личный код/ Рег. код _____

Адрес _____

Телефон _____ Эл. почта _____

ХАРАКТЕР ПУТЕШЕСТВИЯ

Запланированная дата начала путешествия _____ Действительная дата начала поездки _____ Дата окончания поездки _____

Характер путешествия (отпуск/командировка/учеба за границей/другое, просим уточнить)

Маршрут путешествия

Какие виды транспорта были использованы

ИЗВЕЩЕНИЕ О ВНЕЗАПНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ/НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ

Когда проявились первые симптомы заболевания/дата несчастного случая _____ (День, месяц, год) _____ (Время)

Где находился застрахованный во время заболевания/несчастного случая (страна/город)?

Когда и где застрахованный впервые обратился к врачу?

Где и когда застрахованный получил лечение (имя врача, медицинское учреждение, больница, время пребывания в больнице)?

Опишите происшедшее (симптомы заболевания / повреждения). Приложите подробное описание причины происшествия, случая причинения ущерба, хода событий и последствий.

Характер заболевания/описание повреждений (приложить выданную врачом справку о диагнозе).

Следовало ли за заболеванием/несчастным случаем лечение в государстве постоянного проживания? ☐ Нет ☐ Да
Если да, то укажите имя врача и название лечебного учреждения

Было ли застрахованным ранее перенесено подобное заболевание или у него проявлялись подобные этому заболеванию симптомы? / Была ли ранее повреждена часть тела, получившая повреждение? ☐ Нет ☐ Да
Если да, то уточнить

РАСХОДЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Понесенные расходы (приложить оригиналы счетов)	Сумма	Вид валюты
Плата за визит врача		
Расходы на обследование и амбулаторное лечение		
Расходы на лекарства		
Транспортные расходы		
Другие расходы (какие?)		
Понесенные расходы всего		

ОТМЕНА ПУТЕШЕСТВИЯ (опоздание, прерывание путешествия, отмена путешествия)

Объяснение по поводу причины опоздания в путешествие, прерывания поездки, или отмены поездки (в случае опоздания в путешествие, приложить справку из полиции о ДТП (дорожной аварии), преступлении против имущества или против личности, справку транспортной фирмы о технических неисправностях общественного транспорта или неблагоприятных погодных условиях; в случае прерывания или отмены путешествия, укажите точную информацию в графе «сообщение о неожиданном заболевании/несчастном случае»).

☐ Опоздание в начальный пункт ☐ Опоздание в пункт пересадки

Пункт назначения _____ Начальная цена рейсового пакета _____

Когда застрахованный отменил путешествие (сообщил организаторам путешествия /транспортной фирме), в какой форме?

Получил ли застрахованный возмещение за первоначально запланированное возвращение/отмену путешествия и сколько?(Приложить справку)

Понесенные расходы (приложить оригиналы счетов)	Сумма	Вид валюты
Дополнительные расходы на переоформление или приобретение билетов		
Дополнительные расходы на проживание		
Другие расходы (какие?)		
Понесенные расходы всего		

ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Имеются ли свидетели случившегося?
Если да, то укажите имена свидетелей и контактные данные ☐ Нет ☐ Да

Обратился ли застрахованный после происшествия в полицию?
Если да, то укажите время обращения и полицейский участок ☐ Нет ☐ Да

Находился ли застрахованный в момент происшествия под влиянием алкоголя, наркотиков или токсических веществ? ☐ Нет ☐ Да

Был ли заключен застрахованным подобный договор страхования в какой либо другой страховой фирме? ☐ Нет ☐ Да

Наименования страховой фирмы _____

СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

Имя получателя страхового возмещения _____ Номер расчетного счета _____

Подтверждаю, что все вышеприведенные данные верные и полные, мне известно, что в случае представления неверной или неполной информации, страховщик имеет право уменьшить сумму возмещения или отказаться от выплаты возмещения. Согласен с тем, что страховщик имеет право получить дополнительную информацию, касающуюся происшествия, у лиц, ею располагающих.

Дата и место заполнения заявления _____ Имя и подпись застрахованного или его представителя _____