KINDLUSTUSANDJA
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
Медицинское страхование

Страховщик ERGO Life Insurance SE (зарегистрировано в Литве), оказывающее в Эстонии услуги через ERGO Life Insurance SE Eest 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/ 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 ____ - _____

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. Желаю 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 _____