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

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

ERGO

ХОДАТАЙСТВО О ВОЗМЕЩЕНИИ
Страхование домашних животных

Просим заполнить печатными буквами

СТРАХОВАТЕЛЬ

Номер дела об ущербе (заполняет страховщик) _____

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

Адрес _____

Телефон _____ Э-почта _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЖИВОТНОЕ

☐ Собака ☐ Кошка ☐ Другое

Пол ☐ Самец ☐ Самка Время рождения _____ (День, месяц, год)

Порода _____

Кличка _____

Номер ID _____ Номер микрокапсулы (микрочипа) _____

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Дата выявления заболевания / повреждения _____ (День, месяц, год)

Вызвало ли заболевание или повреждение гибель животного? ☐ Да ☐ Нет Дата гибели _____ (День, месяц, год)

Дата обращения в ветеринарную клинику /
к лицензированному ветеринару _____ (День, месяц, год)

Название ветеринарной клиники / фамилия ветеринара, телефон, адрес, э-почта

_____

_____

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

Предполагаемая сумма ущерба _____

Фамилия получателя возмещения _____

Банк _____ Расчетный счет _____

Подтверждаю, что вышеуказанные данные являются полными и верными. Мне известно, что в случае представления мной неполных или неверных данных страховщик имеет право уменьшить возмещение или отказаться от выплаты возмещения. Я соглашаюсь с тем, что страховщик имеет право получить дополнительную информацию, касающуюся случая причинения ущерба, от располагающих ею лиц.

Подпись _____ _____ (День, месяц, год)

Заполняет ветеринар

Дата взятия на учет в ветеринарной клинике _____ (День, месяц, год)

Диагноз и описание заболевания или повреждения

_____

_____

_____

Можно ли предотвратить проявившееся заболевание вакцинированием? ☐ Да ☐ Нет

Было ли животное надлежащим образом вакцинировано? ☐ Да ☐ Нет

Дата последнего вакцинирования _____ (День, месяц, год)

ОПИСАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Начало лечения _____ (День, месяц, год) Окончание лечения _____ (День, месяц, год)

Лечили ли животное в соответствии с предписаниями ветеринара? ☐ Да ☐ Нет

Была ли гибель животного или эвтаназия вызвана заболеванием? ☐ Да ☐ Нет Дата гибели _____ (День, месяц, год)

Было ли животное усыплено по Вашему желанию? ☐ Да ☐ Нет

Известно ли Вам, лечили ли это животное ранее в связи
- ☐ с тем же заболеванием или повреждением
- ☐ с подобным или связанным с этим заболеванием или повреждением
- ☐ с проявлением похожих симптомов

Представьте, пожалуйста, историю болезни вместе с датами

_____

_____

_____

_____

Расходы на лечение всего

_____

Подтверждаю, что представленные данные проверены и верны.

Фамилия ветеринара _____

Подпись и печать _____

Ходатайство о возмещении принял представитель ERGO Insurance SE _____

Подпись _____ _____ (День, месяц, год)

Дата сообщения об ущербе _____ (День, месяц, год)