Заява на отримання страхового відшкодування/ Claim Report

Медичні витрати та нещасний випадок / Medical Expenses and Accident Insurance

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Договір страхування / *Policy* | №  | Від/*date* |  | Справа №/*Claim No*  | Заповнює спеціаліст ЄТС*assigned by ETI* |
| 1 | Застрахована особа, ПІБ / *Full Name of the Insured:* |  |
| Адреса*Address* | індекс, нас. Пункт /*ZIP,city* |  |
| вул. , буд., кв./*Str, house, app. No:* |  |
| Телефон/*Phone No* |  | моб./*Mob.* |  |
| 2 | Закордонний паспорт / *Foreign passport* | серія, №*series, No* |  | e-mail: |  |
| 3 | Період страхування / *Period of insurance* | З/ *from* |  | по /*till* |  |
| 4 | Мета подорожі/*Trip purpose*  |  |
| 5 | Страхова подія*Insured event* | Амбулаторне лікування /*Outpatient treatment* | [ ]  | Покупка медикаментів/ *Expenses for medicaments* | [ ]  |
| Стаціонарне лікування */* *Inpatient treatment* | [ ]  | Нещасний випадок */**Accident* | [ ]  |
| Інше/ *Other* |  |
| Коли, де сталася подія*When and where did this event occur?* | Дата*/Date:* Місто*/City:*  Країна*/Country:*  |
| Опис події / *Please describe what happened:*  |
| 6 | Діагноз/ *Diagnoses:* |  |
| 7 | Дата та час повідомлення про страховий випадок за номером телефону екстреного виклику ЄТС, вказаному в договорі страхування / *Date and time when you notified ETI on the insured event by emergency phone number specified in the Insurance Contract?* | *,* |
| 8 | Результат звернення/ *Result of this notification* |  |
| 9 | Чи є у вас договір (поліс) страхування медичних витрат або від нещасного випадку іншої страхової компанії?*/Do you have other medical or accident insurance? (yes, no)* | Так*/Yes* [ ]  Ні*/No* [ ]  |
| Якщо так, вкажіть страхову компанію та номер договору страхування / *If you have, please specify the name of insurance company and policy No* |  |
| 10 | До заяви додаються такі документи: / *The following documents are attached to this claim report:* |
| 1) | Оригінали рахунків за медичні послуги*Original invoices for medical services* | *No*№ № №  | *from*від від від  | *amount* на суму на суму на суму  |
| 2) | Оригінали чеків (квитанцій) про оплату медичних послуг / *Original receipts for medical services* | № № №  | від від від  | на суму на суму на суму  |
| 3) | Оригінал страхового поліса № */ Original policy №*   | *Так/yes* |
| 4) | Копія закордонного паспорту (перша сторінка, сторінки з візою і зі штампами виїзду і в'їзду в країну) */ Copy of the foreign passport (first page and page with stamps of entrance and departure in/from country of insured event)*  | *Так/yes* |
| 5) | Копія національного паспорта (всі сторінки) / *Copy of national passport (all pages)* | *Так/yes* |
| 6) | Копія довідки про ідентифікаційний номер / *Copy of identification code certificate* | [ ]  |
| 7) | Копія свідоцтва про народження (для неповнолітніх) */ Copy of birth certificate (for underage)* | [ ]  |
| 8) | *Тільки у разі нещасного випадку:* Акт про нещасний випадок */* *Only in case of accident: Accident report (in original)* | [ ]  |
| 9) | *Тільки у разі нещасного випадку:* Довідка про тимчасову непрацездатність або / *Only in case of accident: Disability certificate (in original)*   | [ ]  |
| 10) |  | [ ]  |
| 11) |  | [ ]  |
| 12) |  | [ ]  |
| Спосіб отримання страхового відшкодування: / *A method for* *receiving the insurance compensation:* |
| Перерахувати на банківську картку *(гривневий рахунок)* */ Transfer to the current account in other bank (accounts in UAH only)* | *Назва банку / Name of the Bank:* ЄДРПОУ */ EDRPOU* *IBAN**№ карти заявника / № of the card owner account**(будь ласка, уточнюйте реквізити в контактному центрі Вашого банку) / (for these details please contact the support service of your bank)* |

Дата/*Date* «»  20 . ПІБ та підпис заявника/ *Name and signature:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ //