

Ходатайство о возмещении ущерба в путешествии (срыв запланированного путешествия, заболевание, несчастный случай)

(заполнять печатными буквами)



Договор страхования	Номер полиса	Начало действия	Окончание действия	
Страхователь <small>(лицо, заключившее договор и оплатившее страховую премию)</small>	Имя, фамилия / наименование юридического лица		Личный код / регистрационный код	
	Почтовый адрес (улица, дом, квартира, город, волость, уезд, почтовый индекс)			
	Телефон	Э-почта	Факс	
Застрахованное лицо	Имя, фамилия		Личный код	
	Почтовый адрес (улица, дом, квартира, город, волость, уезд, почтовый индекс)			
	Телефон	Э-почта	Должность	
Выгодоприобретатель	Имя, фамилия / наименование юридического лица		Личный код / регистрационный код	
	№ расчетного счета		Банк	
Путешествие	Тип путешествия	<input type="checkbox"/> отдых <input type="checkbox"/> командировка <input type="checkbox"/> другое		
	Описание маршрута (пункты назначения, даты, время)			
	Запланированный маршрут			
	Действительный маршрут			
Случай Заключен ли договор страхования в другом страховом обществе? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да (пожалуйста, уточните)	Страна	Город / место	Дата / Время	
	<input type="checkbox"/> Срыв запланированного путешествия	<input type="checkbox"/> Аннуляция путешествия	<input type="checkbox"/> Опоздание	<input type="checkbox"/> Прерывание начавшегося путешествия
		Время оказания первичной помощи	Период амбулаторного лечения	Период лечения в стационаре
	<input type="checkbox"/> Заболевание / несчастный случай	<input type="checkbox"/> проявилось впервые во время поездки <input type="checkbox"/> было диагностировано до начала поездки <input type="checkbox"/> ранее болел данным / подобным заболеванием (пожалуйста, уточните).....		
		Находились ли Вы во время происшествия несчастного случая под воздействием алкоголя, медикаментов, наркотических или психотропных веществ? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		
		Обращались ли в SOS International AS? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да		

	<p>Детальное описание наступления заболевания или телесного повреждения.</p> <p style="text-align: right;">(при необходимости используйте дополнительные листы)</p>
--	---

<p>Величина ущерба</p> <p>Пожалуйста, приложите по каждому пункту расходов:</p> <p>1) оригинал документа, подтверждающий наступление издержек</p> <p>2) документ, подтверждающий оплату (чеки, банковская выписка и пр.)</p>	<p>Где было зарегистрировано происшествие? Пожалуйста, уточните и приложите подтверждающие документы из соответствующего учреждения. В справке врача должен быть указан диагноз.</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинское учреждение <input type="checkbox"/> Авиакомпания / транспортная компания <input type="checkbox"/> Полиция</p> <p><input type="checkbox"/> Другое учреждение</p>			
	<p>Было ли получено возмещение / возврат в связи с произошедшим? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, сколько и от кого</p>			
	Наименование расходов	Пояснение расходов	Сумма в иностранной валюте (наименование валюты)	Сумма в евро
	Визит к врачу			
	Медикаменты			
	Расходы в связи с аннуляцией поездки, из которых вычтены подлежащие возврату суммы			
	Дополнительные расходы на проживание			
	Дополнительные транспортные расходы			
Прочие расходы				

<p>К ходатайству о возмещении приложено</p>	<p>Документы о понесенных расходах</p> <p>Документы подтверждающие произошедший случай</p>	<p><input type="checkbox"/> документы, подтверждающие понесенные расходы шт.</p> <p><input type="checkbox"/> документ, подтверждающий оплату понесенных расходов шт.</p> <p><input type="checkbox"/> документы, подтверждающие суммы возврата шт.</p> <p><input type="checkbox"/> справка врача шт.</p> <p><input type="checkbox"/> больничный лист по нетрудоспособности шт.</p> <p><input type="checkbox"/> справка из транспортной компании шт.</p> <p>копия документа удостоверяющего личность выгодоприобретателя (также копия В-карты для юридического лица), в случае если сумма возмещения превышает 6 400 евро или выгодоприобретатель не является застрахованным лицом</p> <p><input type="checkbox"/> прочие документы шт. (перечислить)</p>
--	--	---

Примечания			
Застрахованное лицо (уполномоченного представителя)	Подтверждаю, что вышеприведенные данные являются достоверными. Даю свое согласие на обработку Seesam моих личных данных (в том числе деликатных личных данных), а также согласие на получение Seesam от третьих лиц информации и данных, связанных со страховым случаем (например, медицинских учреждений, лечащих врачей и пр.).		
	Имя, фамилия	Дата	Подпись
Страховщик	Акционерное общество «Seesam Insurance AS» A.N.Tammsaare tee 118d, 12918 Tallinn, Телефон +372 628 1700, Факс +372 628 1771, Э почта: kahjud@seesam.ee, www.seesam.ee		
Ходатайство зарегистрировано	Фамилия представителя Seesam, принявшего ходатайство	Дата	Подпись