**Форма заявления**

**на возмещение произведенных расходов**

***Заявление подается в случае произведения расходов по одному страховому случаю, не превышающему 500 евро:***

1. ***самостоятельного обращения Застрахованного за медицинскими услугами***
2. ***без предварительного согласования со Страховщиком/Ассистансом***
3. ***при обслуживании в медицинских учреждениях вне сети Страховщика/Ассистанса***

**ОБЯЗАТЕЛЬНО НУЖНО ПРИЛОЖИТЬ К ЗАЯВЛЕНИЮ**

**ДЕТАЛИЗИРОВАННЫЕ СЧЕТА С УКАЗАНИЕМ ДИАГНОЗА, КОПИИ ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДОКУМЕНТЫ, РЕЦЕПТЫ И Т.Д.**

*необходимо заполнение всех полей для обработки заявления на возмещение произведенных расходов.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ A. ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | |
| Фамилия, Имя, Отчество Застрахованного: | Страхователь: | |
| Номер договора: | Номер медицинской карточки: | Email: |
| Текущий адрес проживания и государство: | | Контактный номер телефона: |
| **РАЗДЕЛ B. ИНФОРМАЦИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ, ПОДАЮЩЕМ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ** (нужное подчеркнуть) | | |
| Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения(дд/мм/гг) муж/жен (подчеркнуть)  Статус Застрахованного (Основной Застрахованный, супруг/а, дети, мать/отец Основного Застрахованного) (подчеркнуть)  Семейное положение: женат/холост; замужем/не замужем; в разводе; вдовец/вдова  Настоящая страна проживания: | | |
| **РАЗДЕЛ C. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ** | | |
| Дата наступления:  Страховой случай возник в период беременности? Да / Нет (подчеркнуть)  Если страховой случай произошел в период беременности, укажите дату предстоящих родов | | |
| Опишите причину,симптомы или жалобы с которыми Вы обратились за медицинскими услугами.  При наличии предварительного диагноза укажите его: | | |
| Выставленный в результате обращения диагноз врача: | | |
| Этот диагноз и/или лечение или подобное состояние были у вас раньше? Если это так, укажите даты, результаты, вид лечения, предписанные лекарства и имя врача или учреждения: | | |
| Заболевание или травма связаны :  с профессиональной деятельностью Застрахованного? Да / Нет (подчеркнуть)  автокатастрофой? Да / Нет (подчеркнуть)  любым типом аварии? Да / Нет (подчеркнуть)  Если да, укажите подробности, включая дату аварии: | | |
| Застрахованы ли вы в другой страховой компании по договору добровольного страхования на случай болезни?  Да / Нет (подчеркнуть)    Если да, укажите название страховой компании:  Имеете ли вы Международную медицинскую страховку? Да /Нет (подчеркнуть)    Если да, укажите: | | |
| **ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ / ОБ УЧРЕЖДЕНИИ** | | |
| Имя врача / Учреждения /Поставщика: | Номер телефона: | |
| Адрес / Государство: | | |
| E-mail (если имеется): | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ C. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ (продолжение)** | | | |
| Следующие виды лечения и/или предписанные лекарства были предоставлены и оплата за каждого из них перечислена ниже.  **Приложите рецепты, чтобы получить возмещение** | | | |
| **Дата получения услуги**  **дд / мм / гг** | **Описание каждой услуги и/или предписанного лекарства** | **Стоимость** | **Валюта** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Общая сумма произведенных расходов, подлежащая возмещению** | |  | |  |
| **РАЗДЕЛ D. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ** | | | |
| **Вид оплаты (Пожалуйста , произведите оплату как отмечено ниже):** | | | |
| 1. 1. Отправьте банковским переводом (для банков, расположенных за пределами США)   SWIFT код банковских переводов  Адрес банка для банковского перевода   1. 2. Электронный прямой перевод (если Банк расположен в США)   Название банка:  ФИО получателя:  Счет # / IBAN  Номер маршрутизации (ABA #) для электронного перевода: | | | |
| Подпись Дата | | | |