**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 перевода1. 2. Электронный прямой перевод (если Банк расположен в США)

 Название банка: ФИО получателя:  Счет # / IBAN Номер маршрутизации (ABA #) для электронного перевода: |
|  Подпись Дата |