

**Заявление о возмещении ущерба
по полису страхования поездки**

Ответьте, пожалуйста, на все вопросы данного заявления о страховом случае, заполнив все необходимые поля. В противном случае мы будем вынуждены вернуть вам бланк заявления, либо задать вам ряд дополнительных вопросов, что приведёт к задержке обработки вашего заявления о возмещении ущерба.

ВНИМАНИЕ: КО ВСЕМ ЗАЯВЛЕНИЯМ О КОМПЕНСАЦИИ УЩЕРБА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИЛОЖЕНЫ БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (С УКАЗАНИЕМ МЕЖДУНАРОДНОГО НОМЕРА БАНКОВСКОГО СЧЕТА (IBAN) И ИДЕНТИФИКАЦИОННОГО НОМЕРА БАНКА (BIC)), ПОСКОЛЬКУ ВСЕ ВЫПЛАТЫ БУДУТ ПРОИЗВОДИТЬСЯ ПУТЁМ МЕЖДУНАРОДНОГО БАНКОВСКОГО ПЕРЕВОДА.

Личная информация (Обязательно заполняется для всех типов заявлений)

Информация о заявителе	Гражд. статус	<input type="text"/>	Домашний адрес	<input type="text"/>	
	Фамилия	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Имя	<input type="text"/>	Почтовый индекс	<input type="text"/>	
	Дата рождения	<input type="text"/>	Домашний телефон	Рабочий телефон	<input type="text"/>
	№ социального страхования	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	
	Гражданство	<input type="text"/>			
	IBAN	<input type="text"/>	SWIFT (BIC)	<input type="text"/>	владелец банковского счета <input type="text"/>

Информация о страховом договоре и о поездке		Вид и сумма требуемой компенсации	
Номер договора	<input type="text"/>	Выплата	Сумма в евро
Дата заключения	<input type="text"/>	Отмена поездки	<input type="text"/>
Дата отъезда	<input type="text"/>	<p>Предоставление ложных данных карается законом. Если в Вашем заявлении содержится ложная информация, она не будет принята к рассмотрению и об этом будет сообщено в соответствующие инстанции.</p>	
Дата возвращения	<input type="text"/>		
Кол-во застрахованных лиц	<input type="text"/>		
Пункт(ы) назначения	<input type="text"/>		

1. Настоящим удостоверяю, что все предоставленные мной данные, ответы на все вопросы и все приложенные к заявлению документы являются точными и подлинными. Мной не была опущена никакая важная информация, которая могла бы повлиять на решение, принимаемое страховой компанией. Я подтверждаю, что был уполномочен действовать от имени всех лиц, от которых было подано заявление о возмещении ущерба. Я подтверждаю, что отдел обработки информации по страховым случаям компании AXA Assistance и страховые агенты не несут ответственности, если выплаты не будут распределены пропорционально между заинтересованными лицами.

2. Я отдаю себе отчет в том, что данные, содержащиеся в данном заявлении, будут переданы в отдел обработки информации о страховых случаях компании AXA Assistance, либо будут использованы данным отделом для моего страхования, включающего оформление, обработку, управление рассмотрением заявлений о возмещении ущерба и меры по предупреждению мошеннических действий, а также возможную передачу информации агентам или другим страховщикам.

3. Я предоставляю право отделу обработки информации о страховых случаях компании AXA Assistance при необходимости вступать в контакт с моими страховщиками по страхованию здоровья и жилья, либо с другими страховщиками по страхованию на время поездки, по поводу их возможного участия.

Прочитано и одобрено (необходимы подписи ВСЕХ лиц, обращающихся с заявлением о возмещении ущерба)

ФИО заявителей	Подписи заявителей	Дата рождения	Дата
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Другие виды страхования

- a. Покрываются ли расходы, по которым Вы требуете компенсации, другим страховым договором (например, страхованием кредитной карты)?

Важно: Разделение компенсационных выплат часто происходит в случае, если один страховой случай покрывается двумя страховыми полисами.

ДА

НЕТ

- b. В случае утвердительного ответа просим Вас предоставить следующую информацию:

Название компании (либо кредитной карты)	
Адрес компании	
Номер договора	

8. Предыдущие страховые случаи

- a. Наступали ли страховые случаи во время Ваших предыдущих поездок?

ДА

НЕТ

- b. Если да, просим Вас предоставить более детальную информацию:

9. Состояние здоровья

На момент организации поездки, попадали ли Вы, один из Ваших близких, членов Вашего окружения или любое другое лицо, от которого зависела поездка, под один из следующих пунктов:

- A. Были в курсе патологического состояния либо серии обстоятельств, которые с высокой степенью вероятности могли привести к отмене поездки?

ДА

НЕТ

- B. Можете ли Вы подтвердить, что один из Ваших близких, или другое лицо, от которого зависела поездка (в том числе лицо, не являющееся членом Вашей семьи), либо Вы сами попадали под один из следующих пунктов:

i) продолжительное патологическое состояние (либо другие осложнения медицинского характера, напрямую связанные с состоянием здоровья), выявленное врачом в течение последних 12 месяцев?

ДА

НЕТ

ii) патологическое состояние (за исключением неопасных заболеваний), для лечения которого врачом были выписаны лекарства или лечебные процедуры не менее чем за 90 дней до начала страхового периода?

ДА

НЕТ

iii) госпитализация в течение 12 последних месяцев либо запись определенного лица на операцию или консультацию, или установление диагноза?

ДА

НЕТ

iv) роды, предусмотренные до или в течение 8 недель после возвращения из поездки?

ДА

НЕТ

v) врач не рекомендовал отправляться в поездку или она была совершена с целью прохождения медицинского лечения?

ДА

НЕТ

vi) диагноз был поставлен на терминальной стадии заболевания?

ДА

НЕТ

Получали ли Вы от Вашего врача письменное сообщение об одном из вышеописанных состояний? Если да, просим Вас приложить копию этого сообщения.

ДА

НЕТ

Если Вы утвердительно ответили хотя бы на один из вышеперечисленных вопросов, опишите, пожалуйста, подробнее патологическое состояние или соответствующие обстоятельства:

Медицинское свидетельство

Настоящее свидетельство должно быть заполнено лечащим врачом лица, из-за болезни или травмы которого подается заявление о выплате компенсации.

- Внимание!**
- Все расходы, связанные с составлением данного свидетельства, оплачиваются страхователем и не возмещаются по данному страховому договору.
 - Необходимо дать ответы на все вопросы.
 - Вся предоставленная информация будет обработана в частном и конфиденциальном режиме.
 - Свидетельства, в которых не будут указаны необходимые сведения, не будут считаться достаточными.

1. Полные ФИО лица, по состоянию здоровья которого требуется выплата компенсации:

2. Дата рождения: / /

3. Являетесь ли Вы лечащим врачом лица, указанного в пункте 1? ДА НЕТ

(a) Если да, то в течение какого времени?

(b) Если нет, какое отношение Вы имеете к данному случаю?

4. Укажите точную природу патологического состояния, заболевания
Pokud jde o úraz nebo úmrtí následkem úrazu, uveďte, jak byl tento úraz způsoben příčinou smrti, вследствие чего требуется выплата компенсации.

5. Были у пациента в прошлом те же проблемы со здоровьем либо им подобные? ДА НЕТ

1. (a) Укажите точную дату наступления состояния, указанного в пункте 4 / / (b) Дата первой консультации / /

(c) Дата серьезного ухудшения, если таковое наблюдалось / /

7. Дайте детальное описание патологических состояний или заболеваний, в том числе тех, которые возникли ранее или существуют в хронической форме, либо тех, которые были обнаружены и для лечения которых были назначены соответствующие медикаменты, проведены соответствующие консультации со специалистами либо была назначена госпитализация в течение последних двух лет. Также детально опишите заболевания, от лечения которых пациент отказался.

8. Продолжительность периода прекращения трудовой деятельности (если таковой был) ДА НЕТ

9. Был ли поставлен диагноз лицу, указанному в пункте 1, на терминальной стадии заболевания? ДА НЕТ

Если да, когда был поставлен диагноз? (a) лицу, указанному выше в пункте 1 / /

(b) заявителю, если это не одно и то же лицо. / /

10. Если данное состояние явилось следствием беременности, уточните:
(a) дату подтверждения беременности / / (b) дату последней менструации / / (c) предполагаемую дату родов / /

11. (a) Если лицо, указанное в пункте 1, должно было принять участие в поездке, укажите, консультировалось ли оно с Вами с целью определения целесообразности совершения поездки? ДА НЕТ / /

Если да, укажите дату.

(b) Если лицо, указанное в пункте 1, должно было принять участие в поездке, укажите, могло ли оно, по Вашему мнению, совершать эту поездку по своему состоянию на дату отъезда. ДА НЕТ

12. Готовы ли Вы засвидетельствовать, что состояние здоровья, указанное в пункте 4, вынуждает заявителей отказаться от поездки. ДА НЕТ

Заполняется лечащим врачом.

Я обследовал лицо, указанное в пункте 1 и/или изучил его медицинское досье и заявляю, что предоставленные сведения являются точными и ни одна деталь, представляющая интерес, не была опущена.

ФИО (заглавными буквами)

Квалификация

Адрес

Печать врача

Подпись

Дата