



В АО «ЕРВ Туристическое Страхование»

От: _____

Проживающего по адресу: _____

Паспорт: _____ № _____
Выдан: _____

Дата рождения: _____
Телефон: _____
e-mail: _____

Штамп с входящим номером

Заявление на получение страхового возмещения по программе / анкета физического лица
«Страхование багажа»

№ _____ **выдан** _____
номер договора или страхового полиса число месяц год
Застрахованный _____
Ф. И. О.
Дата рождения _____
число месяц год

Страховой случай

Место _____
с указанием города
Дата _____
число месяц год
Место и условия хранения багажа _____

Передавался ли багаж перевозчику? Да Нет Перевозчик _____
наименование
Подалось ли заявление на получение возмещения от третьих лиц/перевозчика? Да Нет
Дата _____ число месяц год Размер полученного возмещения _____ руб.
Краткое описание произошедшего

Сумма заявляемых расходов _____ руб.
Прилагаемые документы

Перечень утраченного/поврежденного багажа

Наименование предмета	наличие чека на покупку		время приобретения		стоимость покупки	примечание
	да	нет	месяц	год		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Внимание! Важно!

- Реквизиты обязательны для заполнения!
- Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке (кроме английского или немецкого) должны быть переведены на русский язык в бюро переводов.

Получатель Ф. И. О.

ИНН получателя (при наличии)

Банк получателя

ИНН банка БИК

Корр. счет

Расчетный счет

Лицевой счет

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям в которые я обращался, и врачам, проводившим обследование и лечение, предоставить страховой компании по ее запросу необходимую полную информацию о состоянии моего здоровья.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов согласно перечню.

Дата Ф. И. О.
число месяц год

Подпись Расшифровка подписи