



Штамп с входящим номером

В АО «ЕРВ Туристическое Страхование»

От: _____

Проживающего по адресу: _____

Паспорт: _____ № _____
Выдан: _____

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

Заявление на получение страхового возмещения / анкета физического лица «Страхование расходов, связанных с вынужденным отказом от поездки или изменением сроков поездки»

№ _____ выдан _____
номер договора или страхового полиса число месяц год

Прошу компенсировать понесённые мною расходы, связанные с отменой поездки:

Программа страхования Отмена поездки Отмена поездки плюс

Застрахованный _____
Ф. И. О.

Дата рождения: _____
число месяц год

Турагентство _____
для индивидуальных туристов: гостиница, авиакомпания, прочее

Страна _____

Начало поездки _____ окончание поездки _____
число месяц год число месяц год

Участники поездки	Состоялась ли поездка?
_____	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
_____	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
_____	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
_____	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
_____	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет

Общая стоимость поездки _____ руб. Сумма возврата от турагентства/ авиакомпания/ гостиницы/ прочее _____ руб.

Дата наступления события _____ Франшиза Да _____ Нет
число месяц год величина

Событие произошло с _____
Ф. И. О., степень родства/компаньоном в поездке

Причина отмены поездки _____

Сумма заявленных расходов _____ руб.

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1.	Страховой полис ERV / информация по страхованию №
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Прошу произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

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	

Дополнительно сообщаю:

АО «ЕРВ Туристическое Страхование»

РФ, 119049 Москва, ул. 4-й Добрынинский пер., д. 8, помещение С14-01 / тел.: +7 495 626-58-00 / факс: +7 495 626-57-30 * 107

info@erv.ru | www.erv.ru | Лицензия ЦБ РФ СЛ №4009, СИ №4009