

В Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование

Штамп с входящим номером

От: ФИО полностью		
Проживающего по адресу:		
Паспорт:	Серия	Номер
Выдан:		
	Код подразделения:	
	Дата выдачи:	
Дата рождения:		
Место рождения:		
Контакты:	Телефон	
	E-mail	
Я даю согласие на получение запросов и уведомлений о принятом решении по электронной почте		
☐ Да ☐ Нет		

Заявление на получение страховой выплаты по договору добровольного страхования от несчастных случаев и страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства.

Являясь,

☐ Застрахованным ☐ Выгодоприобретателем ☐ Родственником ☐ Наследником по закону ☐ Законным представителем

Прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования № _____ от «___» _____ 20__г.
(далее – Договор страхования), в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

☐ Травмы в результате несчастного случая (далее – НС)	☐ Инвалидность в результате НС	Только для программы «Премиум годовой весь мир»: ☐ Медицинские расходы ☐ Плановая госпитализация в результате НС
☐ Экстренная госпитализация в результате НС	☐ Смерть в результате НС	
☐ Медико-транспортные расходы в результате НС	☐ Клебцовой энцефалит	

Сведения о Выгодоприобретателе

Заполняется, если Выгодоприобретателем является **не** Застрахованное лицо

От: ФИО полностью		
Проживающего по адресу:		
Паспорт:	Серия	Номер
	Кем выдан	
	Код подразделения:	Дата выдачи:
	Дата рождения	Место рождения
Контакты:	Телефон	E-mail

Является ли Застрахованный или Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ*) или родственником ПДЛ?

☐ Нет ☐ Да, является ПДЛ ☐ Да, является родственником ПДЛ

Если Вы ответили «Нет», перейдите к заполнению следующего пункта заявления. Если Вы ответили «Да» – дополнительно укажите:

• Занимаемую должность лица, относящегося к ПДЛ, наименование и адрес его работодателя:

• статус родства либо статус (супруг или супруга) по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ):

* К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц.

Сведения о событии

Дата и время

Дата события

Время события

Место события

Обстоятельства

Перечислите последовательность событий, характер травмы или болезни

Сведения о понесенных расходах

Сумма указывается в той валюте, в которой были понесены расходы

Сумма понесенных расходов

Порядок страховой выплаты

Заполняется только в том случае, если были понесены медицинские и/или медико-транспортные расходы

Прошу Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

Важно!

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

Получатель

ИНН получателя

при наличии

Банковские реквизиты

Банк получателя

ИНН Банка

БИК

Корреспондентский 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.

- ☐

Я даю согласие на обработку персональных данных (далее – ПД), которые включают: все вместе и каждое в отдельности, персональные данные, относящиеся к Заявителю/Застрахованному и/или Выгодоприобретателю в заявлении и документах к нему. Субъекты ПД подтверждают свое согласие Филиалу ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование, расположенному по адресу: 119049, г. Москва, пер. 4-й Добрынинский, д. 8, помещ. С 14-I, ком. 21-26, на обработку персональных данных Заявителя/Застрахованного и/или Выгодоприобретателя (фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и проживания, телефон, электронную почту, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными субъектов ПД, с учетом действующего законодательства. Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка). Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего Заявления и действует не менее 5 (пяти) лет с даты прекращения Договора (в т. ч. при его расторжении).

☐

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч.3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», до начала обработки моих ПД Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в Филиале ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование) и ее правовом основании, о предоставляемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Согласен на получение рассылки: ☐ Да ☐ Нет

Дата

Подпись

Расшифровка