

Штамп с входящим номером

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

От: (ФИО полностью)			
Проживающего по адресу:			
Паспорт:	Серия:	№:	
Выдан:			
	Код подразделения:		
Дата выдачи:			
Дата рождения:			
Место рождения:			
Адрес регистрации: (если отличается от адреса проживания)			
Телефон:			
e-mail:			

№		выдан			
	номер договора или страхового полиса		число	месяц	год

Прошу компенсировать понесённые мною расходы, связанные с отменой поездки:

Программа страхования	<input type="radio"/> Отмена поездки	<input type="radio"/> Отмена поездки плюс	
Застрахованный			
	Фамилия	Имя	Отчество
Дата рождения			
	число	месяц	год
Адрес проживания (если отличается от заявителя)			
Турагентство			
	для индивидуальных туристов: гостиница, авиакомпания, прочее		
Страна			
Начало поездки		окончание поездки	
	число	число	год
	месяц	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		₽	Сумма заявленных расходов		₽
Сумма возврата от турагентства / авиакомпании / гостиницы / прочее		₽	Франшиза	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
				величина	

Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Фамилия	Имя	Отчество
Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	число	месяц	год
Адрес проживания <small>(если отличается от заявителя)</small>	<input type="text"/>		
Свидетельство о рождении	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
Паспорт <small>(при наличии)</small>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
	Код подразделения:		
Место рождения:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации: <small>(если отличается от адреса проживания)</small>	<input type="text"/>		

Если заявление подается на детей – заполните их данные

Застрахованный	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Фамилия	Имя	Отчество
Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	число	месяц	год
Адрес проживания <small>(если отличается от заявителя)</small>	<input type="text"/>		
Свидетельство о рождении	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
Паспорт <small>(при наличии)</small>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдан	<input type="text"/>		
	Код подразделения:		
Место рождения:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации: <small>(если отличается от адреса проживания)</small>	<input type="text"/>		

Страховой случай

Дата наступления события	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	число	месяц	год
Событие произошло с	<input type="text"/>		
	Ф. И. О., степень родства/компаньоном в поездке		
Причина отмены поездки	<input type="text"/>		

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1. Страховой полис Филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование/ информация по страхованию №
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Полное имя
(если отличается
заявителя)

Фамилия

Имя

Отчество

Место работы

Должность

Степень родства
(если ПДЛ — родственник)

Прошу произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

Внимание! Важно!

1. Реквизиты обязательны для заполнения!
3. 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 обращаюсь, 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.

Согласен на получение рассылок

Дата

число

месяц

год

Ф. И. О.

Подпись

Расшифровка подписи

