

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: _____

№ _____ номер договора или страхового полиса **выдан** _____

_____ число _____ месяц _____ год

Прошу компенсировать понесённые мною расходы, связанные с отменой поездки:

Программа страхования **Отмена поездки** **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 _____ число месяц год окончание поездки _____ число месяц год

Участники поездки _____

Состоялась ли поездка? Да Нет

Да Нет

Да Нет

Да Нет

Да Нет

Общая стоимость поездки _____ **Р** Сумма заявленных расходов _____ **Р**

Сумма возврата от турагентства / авиакомпании / гостиницы / прочее _____ **Р** Франшиза Да _____ 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/компаньон 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 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

число

месяц

год

Ф. И. О.

Подпись

Расшифровка подписи

Дополнительно сообщая:
