



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

Страховой полис  Номер

Дата выдачи

Прошу компенсировать понесенные мною расходы, связанные с отменой поездки:

Застрахованный   
ФИО полностью

Дата рождения:

Адрес проживания   
Если отличается от заявителя

Турагентство   
или гостиница, авиакомпания и пр.

Информация о поездке  Страна   
Дата начала  Дата окончания

Участники поездки:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. <input type="text"/> | Состоялась ли поездка?                                   |
| 2. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 3. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 4. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| 5. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Состоялась ли поездка?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Общая стоимость поездки  Сумма заявленных расходов

Сумма возврата от турагентства, авиакомпании, гостиницы и пр.

Франшиза  Да Размер   Нет

## Страховой случай

Дата наступления	
Событие произошло с ФИО, степень родства / компаньон в поездке	
Причина отмены поездки	

## 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. \_\_\_\_\_

## Прошу 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 каждые 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 Добрининский, д. 8, помещ. С 14-1, 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 предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Согласен на получение рассылок:  Да  Нет

Дата \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка \_\_\_\_\_

## Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование

119049, г. Москва, 4-й Добрининский пер., д. 8, помещение С14-03, комнаты 11-12/ тел.: +7 495 626-58-00 / факс: +7 495 626-57-30 \* 107 info@erv.ru | www.erv.ru | Лицензия СЛ № 3954 от 07 июля 2015 года | Лицензия СИ № 3954 от 07 июля 2015 года.