

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

Общая стоимость поездки		Сумма заявленных расходов	
Сумма возврата от турагентства, авиакомпании, гостиницы и пр.		Франшиза <input type="checkbox"/> Да	Размер <input type="checkbox"/> 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 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 14-1, 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 рассылки: ☐ Да ☐ Нет

Дата

Подпись

Расшифровка

Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование

119049, г. Москва, 4-й Добрынинский 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.