

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)	<input type="text"/>		
Проживающего по адресу:	<input type="text"/>		
Паспорт:	Серия:	№:	
Выдан:	<input type="text"/>		
	Код подразделения:		
Дата выдачи:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>		
Адрес регистрации: (если отличается от адреса проживания)	<input type="text"/>		
Телефон:	<input type="text"/>		
e-mail:	<input type="text"/>		

№ <input type="text"/>	выдан	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>номер договора или страхового полиса</small>		<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>

Прошу компенсировать понесённые мною расходы, связанные с отменой поездки:

Программа страхования	<input type="radio"/> Отмена поездки	<input type="radio"/> Отмена поездки плюс	
Застрахованный	<input type="text"/>		
	<small>Фамилия</small>	<small>Имя</small>	<small>Отчество</small>
Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Адрес проживания (если отличается от заявителя)	<input type="text"/>		
Турагентство	<input type="text"/>		
	<small>для индивидуальных туристов: гостиница, авиакомпания, прочее</small>		
Страна	<input type="text"/>		
Начало поездки	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
окончание поездки	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Участники поездки	<input type="text"/>	Состоялась ли поездка?	
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

Общая стоимость поездки	<input type="text"/>	₽	Сумма заявленных расходов	<input type="text"/>	₽
Сумма возврата от турагентства / авиакомпании / гостиницы / прочее	<input type="text"/>	₽	Франшиза	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
				<input type="text"/>	<small>величина</small>

### 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"/>		
<b>Свидетельство о рождении</b>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
<b>Паспорт</b> <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"/>		
<b>Свидетельство о рождении</b>	Серия: <input type="text"/>	№: <input type="text"/>	Дата выдачи: <input type="text"/>
Выдано	<input type="text"/>		
<b>Паспорт</b> <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.	<input type="text" value="Страховой полис Филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование/ информация по страхованию №"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>

### Публичное должностное лицо (заполняется только если вы ПДЛ или его родственник)

Полное имя <small>(если отличается заявителя)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Фамилия</small>	<small>Имя</small>	<small>Отчество</small>
Место работы	<input type="text"/>		
Должность	<input type="text"/>		
Степень родства <small>(если ПДЛ — родственник)</small>	<input type="text"/>		

## 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	<input type="text"/>		
	<small>Ф. И. О.</small>		
ИНН получателя <small>(при наличии)</small>	<input type="text"/>		
Банк получателя	<input type="text"/>		
ИНН банка	<input type="text"/>	БИК	<input type="text"/>
Корр. счет	<input type="text"/>		
Расчетный счет	<input type="text"/>		
Лицевой счет	<input type="text"/>		

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<small>Ф. И. О.</small>
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>	
Подпись	<input type="text"/>			Расшифровка подписи <input type="text"/>
	<input type="text"/>			<input type="text"/>

**Дополнительно сообщая:**


**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](mailto:info@erv.ru) | [www.erv.ru](http://www.erv.ru) | Лицензия СЛ № 3954 от 07 июля 2015 года | Лицензия СИ № 3954 от 07 июля 2015 года.