



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

№		выдан			
	<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			
	<small>Фамилия</small>	<small>Имя</small>	<small>Отчество</small>
Дата рождения			
	<small>число</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>
Адрес проживания <small>(если отличается от заявителя)</small>			
Турагентство			
	<small>для индивидуальных туристов: гостиница, авиакомпания, прочее</small>		
Страна			
Начало поездки		окончание поездки	
	<small>число</small>	<small>число</small>	<small>месяц</small>
	<small>месяц</small>	<small>год</small>	<small>год</small>
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 <small>от турагентства / авиакомпании / гостиницы / прочее</small>		₽	Франшиза	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
				<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"/>		
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 ERV / информация по страхованию №
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

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!

- Реквизиты обязательны для заполнения!
-
- 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"/>

