

# СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЯ

Заявление о возмещении (Об ухудшении состояния здоровья или смерти лица)

## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс.код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

№ полиса: \_\_\_\_\_ Дата начала и окончания путешествия: \_\_\_\_\_

Если Заявление заполняет другое лицо, необходимо указать данные представляемого:

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс.код./Пер.№: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Информация о происшествии

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ Место (Адрес): \_\_\_\_\_

## Информация об обстоятельствах происшествия

Вид происшествия:

- Наступление гражданско-правовой ответственности во время путешествия  Анулирование запланированного путешествия  Несоответствие времени прибытия/убытия рейса
- Багаж:
- Потеря  Повреждение/уничтожение  Кража
- необоснованная задержка багажа При необоснованной задержке багаж был возвращен через \_\_\_\_\_ часов.
- Другое \_\_\_\_\_

О случившемся сообщено:

- Полиции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_  
 Прибыла  Не прибыла
- Гос. пожарно – спасательной службе \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_
- Авиокомпания: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_
- Страховой компании \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_
- Другой инстанции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_

## Информация о поврежденном, уничтоженном или украденном багаже (При необходимости дополнение приложить на отдельном листе)

Список поврежденных, уничтоженных или украденных вещей

| №  | Название вещи (если известна марка, модель, серия/идентификационный № и др.) | Дата приобретения (год, месяц) | Стоимость на момент приобретения |
|----|--|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. |  |                                |                                  |
| 2. |  |                                |                                  |
| 3. |  |                                |                                  |
| 4. |  |                                |                                  |
| 5. |  |                                |                                  |
| 6. |  |                                |                                  |

Размер причиненных убытков: \_\_\_\_\_ (если известен)

Владелец перечисленных в списке вещей:

- лицо, от имени которого было заявлено Заявление  другое лицо. Если владельцем является другое лицо, тогда укажите данные этого владельца:

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс.код./Пер.№: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон, факс: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## Дополнительная информация

|  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Были ли заключены другие страховые договора, связанные с данным происшествием и действующие в период происшествия? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (указать страховое общество)       |
| Известно ли лицо, виновное в происшествии?   | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (если несколько – указать всех)    |
| Согласен ли виновный по собственному желанию возместить убытки?  | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (указать - в каком виде и размере) |

Свидетели происшествия: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

Описание происшествия (Детальное описание происшествия в хронологическом порядке. При необходимости дополнение приложить на отдельном листе):

## Страховое возмещение выплатить перечислением

Застрахованному  Доверенному лицу (Для получения Страх. возмещения доверенным лицом, необходимо предоставить доверенность)  Другому лицу

Получатель Страхового возмещения:

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс.код/Пер.номер: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Название банка: \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_ Валюта: \_\_\_\_\_

## Информация о приложенных к заявлению документах

|    | Название платежного документа | количество | сумма |
|----|-------------------------------|------------|-------|
| 1. | _____                         |            |       |
| 2. | _____                         |            |       |
| 3. | _____                         |            |       |
| 4. | _____                         |            |       |

## Подписывая настоящее заявление:

1. Я согласен (-на), что в случаях, когда страховое возмещение, выплаченное ВТА, покрывает часть убытков, возникших в результате страхового случая, ВТА может использовать своё право на регресс против лица, ответственного за убытки, вне зависимости от того, реализует ли Застрахованный своё право подавать иск против упомянутого лица или нет.

2. Подтверждаю, что я уведомлён о том, что в связи с настоящей заявкой на возмещение, ВТА запишет разговоры по телефону и при встрече, зафиксирует другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, при помощи устройств звуко- и видеозаписи, и хранения, за правом использовать эти записи в качестве доказательств в суде в случае спора о выплате страхового возмещения;

3. Подтверждаю, что информация, предоставленная мной, соответствует действительности, является всеобъемлющей и точной. Мне разъяснили, что в случае предоставления ложных данных или данных, вводящих в заблуждение, ВТА имеет право уменьшить или отказать в выплате страхового возмещения и, за содеянное может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьёй 177 Уголовного закона (мошенничество) или статья 178 (мошенничество в сфере страхования). Если ВТА снизит или откажет в выплате страхового возмещения по одной из вышеупомянутых причин, обязуюсь возместить все убытки, возникшие в связи с этим.

4. Я осознаю, что выплата страхового возмещения проводится только после подачи в ВТА всех необходимых документов, подтверждающих наступления страхового случая и размеры убытков, возникших в результате оно;

5. Настоящим предоставляю ВТА (един.рег.нр.) 40103840140) получать от других правовых субъектов (в том числе аэропортов) информацию, необходимую для выяснения обстоятельств возможного страхового случая;

6. Если ВТА примет решение отказать в выплате страхового возмещения, я сообщу Страхователю о решении, принятом ВТА.

7. Подтверждаю, что я имею право подписывать настоящее заявление.

ВТА сообщает, что для исполнения заключенного договора, из Закона о защите данных физических лиц вытекает право ВТА, за соблюдением установленного упомянутым законом, обрабатывать, в т.ч. получать из регистров и баз данных, личные данные Страхователя и Застрахованного, в т.ч. персональные идентификационные коды для получения страховых услуг, а именно: для урегулирования случая наступления заявленного страхового риска, принятия решения о признании случая наступления застрахованного риска страховым случаем, определения размера страхового возмещения и выплаты страхового возмещения.

разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчётов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия получателя: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_