

# СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЯ

Заявление о возмещении (о происшествии не связанным с ухудшением состояния здоровья или смертью лица)



## Заполняет представитель ВТА!

Номер Дела о возмещении:

Дата получения:

Место принятия заявления:

Имя, фамилия получателя:

Подпись:

## Заявитель:

Имя, фамилия:

Перс.код:

Адрес:

Индекс:

Телефон, факс:

э-почта:

Серия полиса:

№ полиса:

Согласен с тем, что информацию, связанную с Делом о возмещении ВТА вышлет на адрес э-почты: Нет  Да

Если Заявление заполняет другое лицо, необходимо указать данные представляемого:

Имя, фамилия:

Перс.код:

Адрес:

Индекс:

Телефон, факс:

э-почта:

## Информация о происшествии:

Дата

Время:

Место:

## 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 \_\_\_\_\_
- Страховой компании \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
- Авиокомпания \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
- Другой институции \_\_\_\_\_ 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 причинённых убытков: \_\_\_\_\_ (если известен)

## Заявитель:

Имя, фамилия:

Подпись:

Дата:

**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: \_\_\_\_\_ Перс.код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

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

**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)

(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/Рег.номер: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Название банка: \_\_\_\_\_

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

**Информация о приложенных к заявлению документах:**

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

**Подписывая данное Заявление:**

1. Подтверждаю, что информирован, что в связи с указанным заявлением на возмещение ВТА с помощью устройств для записи и хранения аудио и видео информации будет осуществляться запись телефонных и устных разговоров и фиксировать другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, с правом использовать указанные записи в качестве доказательств в суде по спорам о выплате страхового возмещения.

2. Подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной, полной и точной. Мне разъяснено, что в случае предоставления недостоверной и вводящей в заблуждение информации ВТА имеет право снизить размер страхового возмещения или отказать в его выплате, а также за это может наступить уголовная ответственность, предусмотренная в ст. 177 (мошенничество) или ст. 178 (страховое мошенничество) Уголовного закона. Если по указанным причинам ВТА снизит размер страхового возмещения или откажет в выплате такового, обязуюсь возместить все связанные с этим причиненные убытки.

3. Осознаю, что выплата страхового возмещения по страховому случаю осуществляется только после получения ВТА всех необходимых документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков, возникших в результате него.

4. Подтверждаю, что разрешаю ВТА как администратору системы, получателю и оператору персональных данных для исполнения договора страхования получать и обрабатывать указанные в заявлении персональные данные, в том числе, чувствительные персональные данные и идентификационные (классификационные) персональные коды в соответствии с «Законом о защите данных физических лиц» и другими нормативными актами ЛР.

5. Утверждаю, что у меня есть право подписывать данное Заявление.

**Заявитель:**

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_