



Заявление о страховой выплате по страхованию поездок ВЗР или РФ (Дожитие до события отмены поездки)

Дата приема заявления « _____ » _____ 20__ г. Номер _____

Все поля являются обязательными для заполнения.

В случае отсутствия данных (например, отчества) в соответствующем поле проставляется прочерк.

Данные Договора страхования:

Страховой полис/Договор №

Срок действия Договора: с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.

Данные Застрахованного лица:

Застрахованное лицо:

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения г.

Данные Заявителя:

Внимание! Данный раздел заполняется сведениями о Заявителе, являющемся Застрахованным лицом, Законным представителем лица, не достигшего 14-ти летнего возраста, Наследником Застрахованного лица, при этом проставляется отметка «✓» рядом с типом Заявителя. Если заявление подается через Представителя по доверенности, обязательно проставляется соответствующая отметка рядом с типом Заявителя «Представитель по доверенности», а сведения о Представителе в обязательном порядке указываются в «Анкете физического лица – представителя, бенефициарного владельца».

Застрахованное лицо

Наследники Застрахованного лица

Законный представитель (кроме представителя по доверенности)

Представитель по доверенности

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения г.

Место рождения

Страна _____ Субъект _____
только для РФ: республика, область, край

Район _____ Населенный пункт _____
район республики / области / края (если имеется)

Гражданство _____
наименование страны

В случае гражданства иного, чем РФ или отсутствия гражданства необходимо заполнить раздел 1 «Анкеты для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствии дисклеймерам» к данному заявлению

Мобильный телефон: 8-

Адрес электронной почты (e-mail):

Подтверждаю отсутствие адреса электронной почты

Документ, удостоверяющий личность:

Вид документа _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи ____ / ____ / 20__ г. Код подразделения _____

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес регистрации:

Страна _____
индекс

Субъект _____ Район _____
только для РФ: республика, область, край район республики / области / края (если имеется)

Населенный пункт _____

Улица _____ Дом _____ Корпус (строение) _____ Квартира _____

Почтовый адрес фактического проживания:

Совпадает с адресом регистрации Не совпадает с адресом регистрации

Страна _____
индекс

Субъект _____ Район _____
только для РФ: республика, область, край район республики / области / края (если имеется)

Населенный пункт _____

Улица _____ Дом _____ Корпус (строение) _____ Квартира _____

Настоящим подтверждаю, что:

Не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ)*, а также супругом (супругой) / ближайшим родственником ПДЛ

Не имею иного бенефициара (бенефициарного владельца)**

Если какое-либо из приведенных выше утверждений неверно – в обязательном порядке заполняются соответствующие разделы формы «Анкета для указания дополнительных сведений по иностранным гражданам и несоответствию дисклеймерам».

В случае подписания заявления (договора/полиса) представителем клиента, а также при наличии иного бенефициара – по ним необходимо дополнительно заполнить форму «Анкета физического лица – представителя / бенефициарного владельца».

* Под публичными должностными лицами подразумеваются как российские публичные должностные лица (РПДЛ), так и иностранные публичные должностные лица (ИПДЛ) и должностные лица публичной международной организации (МПДЛ).

** Бенефициар (бенефициарный владелец) физического лица – лицо, прямо или косвенно контролирующее действия этого физического лица, в том числе имеющее возможность определять решения, принимаемые этим физическим лицом. Бенефициаром (бенефициарным владельцем) клиента – физического лица считается само это физическое лицо, если нет основания считать иное физическое лицо его бенефициаром.

Страховые риски (в соответствии с заявленным событием)**Отмена поездки по причине:**

- Смерти
 Экстренной госпитализации
 Травмы, сопровождавшейся переломом кости (костей)
 Особо опасной или детской инфекции

Иное _____

Изменение сроков пребывания за рубежом по причине:

- Экстренной госпитализации
 Смерти

Данные по событию

Событие произошло: « ____ » _____ 20 ____ г. _____ час. _____ мин.

Список участников поездки:**Участник отменил поездку:**

Ф.И.О. _____	Дата рождения	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	г.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. _____	Дата рождения	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	г.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Ф.И.О. _____	Дата рождения	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	г.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет

С кем произошло событие (Ф.И.О.): _____

Подробное описание обстоятельств события: _____

(в т.ч. указать полное наименование организации, куда обращалось Застрахованное лицо – лечебное учреждение, включая установленный диагноз и даты госпитализации, наименование консульства с указанием даты подачи документов и т.д.) _____

Направление поездки (страна, город, место): _____

Дата поездки (в т.ч. планируемой): с / / г. по / / г.

Кто оплачивал расходы по организации поездки (Ф.И.О.): _____

Расходы по организации поездки

Наименование расходов	Оплачено (сумма, валюта)	Дата оплаты	Возвращено (сумма, валюта)	Невозмещенные расходы (сумма, валюта)
Бронирование гостиницы				
Авиабилеты				
Консульский сбор				

Данные по страховой выплате

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Я, Заявитель, подтверждаю, что по факту произошедшего события Страхователем (Застрахованным) возмещения вреда от других лиц, в том числе Страховых компаний и виновных лиц не получено.

Я, Заявитель, даю своё согласие на предоставление медицинскими учреждениями, страховыми организациями, Фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая, содержащих мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, включая сведения о факте и дате моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, о перечне медицинских учреждений, в которые я обращался за медицинской помощью, и иную информацию, необходимую для решения вопроса о страховой выплате.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате.

Заявителем представлены все обязательные документы не все обязательные документы
 (Администратор указывает полноту представленных документов)

Заявитель _____
 подпись

Лицо, принявшее документы _____ / _____ / _____
 должность / подпись / Ф.И.О.

Общие документы:

1. Договор страхования (страховой Полис)
2. Документы, удостоверяющие личность Застрахованного(-ых) лиц(-а) (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)
3. Документы, удостоверяющие личность Заявителя, отличного от Застрахованного(-ых) лиц(-а) (если представлен паспорт гражданина РФ, снимается копия с 3, 4, 6 и 15 страниц)
4. Заграничный паспорт Застрахованного(-ых) лиц(-а) (снимается копия со всех страниц)
5. Банковские реквизиты Получателя страховой выплаты
- 5.1. Документ, удостоверяющий личность представителя Заявителя (в случае подачи заявления через представителя).....
- 5.2. Доверенность на представителя Заявителя (в случае подачи заявления через представителя).....

В случае покупки тура через туроператора:

6. Договор о реализации туристского продукта (на оказание туристических услуг) или туристская путевка
7. Документы, подтверждающие оплату туристической услуги
8. Расчет фактически понесенных туроператором/турагентством расходов, включая оплаченные штрафы с приложением копий бухгалтерских документов (платежное поручение, расходный кассовый ордер)
9. Перевозочные документы (билеты, посадочные талоны и т.п.)
10. Договор между туроператором и турагентством, в случае если тур приобретался у турагентства (копия)

В случае самостоятельно организованной поездки:

11. Документы, подтверждающие наличный расчет/оплату банковской картой авиабилетов
12. Документы, подтверждающие бронирование отеля (гостиницы) – распечатка подтверждения бронирования
13. Документы, подтверждающие наличный расчет/оплату банковской картой бронирование отеля
14. Документы от перевозчика, подтверждающие расходы в связи с аннуляцией проездных документов
15. Документы из отеля (гостиницы), подтверждающие расходы в связи с аннуляцией бронирование отеля (гостиницы)

В случае изменения сроков пребывания за рубежом по причине досрочного возвращения/задержки на территории страхования и невозможности вернуться из поездки по заранее приобретенным проездным документам:

16. Документы, подтверждающие обмен/сдачу проездных документов
17. Документы, подтверждающие размер причиненных убытков (расходы на покупку проездных документов, обмен имеющихся документов на другую дату, расходы на проживание)

В случае смерти:

18. Нотариально заверенная копия Свидетельства о смерти (Застрахованного(-ых) лиц(-а))
19. Нотариально заверенная копия медицинского Свидетельства о смерти с указанием причины смерти (Застрахованного(-ых) лиц(-а) и/или близкого родственника)

В случае заболевания Застрахованного/ых лиц/а и/или близкого родственника:

20. При амбулаторном лечении – выписка из амбулаторной карты из медицинского учреждения
21. При стационарном лечении – выписной эпикриз из медицинского учреждения
22. Документы, подтверждающие родственную связь Застрахованного и близкого родственника

Я, Заявитель, подтверждаю своё согласие ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных, полученных Страховщиком законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи – телефона, факса, мобильной связи, электронной почты, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров. Данное согласие даётся мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путём передачи Страховщику письменного уведомления.

Заявитель _____ / _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Лицо, принявшее документы _____ / _____ / _____
должность подпись Ф.И.О.