



Заявление о страховой выплате ВЗР (Отмена поездки)

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

Страховой полис/Договор № _____

Данные заявителя

Заявитель: Страхователь Застрахованное лицо Наследники Застрахованного лица Законный представитель

Фамилия _____

Имя _____ Отчество _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт Иной документ: _____ Код подразделения _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ 20__ г. _____ - _____

Выдан _____
наименование государственного органа РФ, выдавшего документ

Адрес фактического проживания:

_____ индекс _____ населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира, район, область, республика и т.п. Контактный телефон: _____

Я согласен получать устные и СМС-уведомления на указанный мобильный телефон: Да Нет

Данные по событию

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

Список участников поездки:

Участник отменил поездку:

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

Описание события

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

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.) _____

Детали поездки

Направление поездки (страна, город, место): _____

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

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

Оплаченные и понесенные расходы

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

Выплату прошу произвести безналичным путем (банковские реквизиты прилагаются).

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю медицинскому учреждению, государственным и негосударственным организациям, перевозчику пассажиров, гостинице, консульским учреждениям и прочим лицам представить по запросу ООО «Капитал Лайф Страхование Жизни» полную информацию в рамках рассмотрения заявленного события.

Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов. При неполном заполнении заявления и/или представления недостоверной информации Страховщик вправе запросить дополнительную информацию и/или документы.

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

Заявитель _____
подпись

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

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

Обязательные документы, представленные Заявителем

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

В случае покупки тура через туроператора во всех случаях:

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 во всех случаях:

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)

При изменении 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)

При 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)

При заболеваниях 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

Заявитель _____
подпись

Дата приема полного комплекта обязательных документов: « ____ » _____ 20__ г.
(Заполняется сотрудником, принимающим документы)

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.