

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЙ

Заявление о возмещении (Багаж)



Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Страхователь (заполнить, если отличается от Заявителя)

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Застрахованное лицо (заполнить, если отличается от Заявителя)

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Описание происшествия

Страна: _____ Место: _____ Дата: _____ Время: _____

Случай: Повреждение Задержка багажа Кража Другое: _____

Название авиакомпании: _____

Где было зарегистрировано происшествие? В аэропорту В полиции Другое: _____

Получили ли Вы возмещение от перевозчика? Нет Да, от кого и в каком размере? _____

Описание происшествия:

Список поврежденного/приобретенного/арендованного имущества

Список вещей	Дата покупки (год/месяц/день)	Стоимость (валюта)	Ходайствую о получении компенсации в размере

Прилагаемые документы

Рапорт перевозчика/ аэропорта _____ шт Фотографии поврежденного багажа _____ шт

Справка из полиции, если случай был зарегистрирован Другое: _____

Счета и квитанции, подтверждающие расходы _____ шт

Сумма и получатель возмещения

Сумма на возмещение, валюта: _____ Расчетный счет (IBAN): _____

Имя, фамилия/Название: _____ Личный код/Пер.№: _____

Имеются ли у Застрахованного подобные страховые договоры в иных страховых компаниях? Да Нет Не знаю

Подписывая заявление:

- Соглашаюсь, что AAS BTA Baltic Insurance Company Eesti filiaal (рег. код 11223507) (далее BTA) будет фиксировать телефонные разговоры, устные беседы и прочую информацию, связанную с данным страховым случаем, посредством оборудования звуко- и видеозаписи. BTA вправе использовать данные записи для выяснения и выполнения своих обязательств согласно договору о страховании.
- Я осведомлен(а), что BTA вправе обрабатывать мои личные данные, в т. ч. данные касательно состояния моего здоровья и инвалидности, необходимые для выяснения и исполнения обязательств по договору страхования, а также для предоставления обратного требования и BTA может получать связанные с вышеобозначенным страховым случаем данные от государственных учреждений, третьих лиц и медицинского учреждения(учреждений) и/или от лечащего врача(врачей).
- Я осведомлен(а), что выплата возмещения по страховому случаю осуществляется после предоставления в BTA всех требуемых документов, подтверждающих наличие страхового случая, а также размер ущерба, который возник в результате страхового случая.
- Подтверждаю, что приведенные выше данные являются полными и достоверными. Я осведомлен(а), что в случае предоставления ложной или неполной информации/данных страховщик вправе уменьшить размер страхового возмещения или отказаться от выплаты возмещения, а также об уголовной ответственности на основании статьи 209 (мошенничество) или статьи 212 (страховое мошенничество) Пенитенциарного кодекса. В случае предоставления ложной или неполной информации BTA вправе истребовать все возникшие в связи с этим расходы.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Дата/Подпись: _____