

# СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЙ

Заявление о возмещении (Срыв путешествия)



## 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:  Аннуляция путешествия  Прерывание путешествия  Опоздание в путешествии  Задержка рейса  Другое: \_\_\_\_\_

Где и когда было зарегистрировано происшествие?  В аэропорту  В мед. учреждении  Другое: \_\_\_\_\_

Получило ли Застрахованное лицо компенсацию в связи с данным случаем?  Нет  Да, от кого и в каком размере? \_\_\_\_\_

Описание происшествия, ставшего причиной срыва путешествия:

## Описание путешествия (пункты назначения, даты, время и названия авиакомпаний)

## Размер ущерба

Расходы	Дата покупки	Стоимость, валюта

Расходы	Дата покупки	Стоимость, валюта

## Прилагаемые документы

Медицинская справка с диагнозом \_\_\_\_\_ шт  Счета и квитанции, подтверждающие расходы \_\_\_\_\_ шт  
 Справка из полиции, если происшествие зарегистрировано \_\_\_\_\_ шт  Другое: \_\_\_\_\_

## Сумма и получатель возмещения

Сумма на возмещение, валюта: \_\_\_\_\_ Расчетный счет (IBAN): \_\_\_\_\_

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Личный код: \_\_\_\_\_

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 ВТА) будет фиксировать телефонные разговоры, устные беседы и прочую информацию, связанную с данным страховым случаем, посредством оборудования звуко- и видеозаписи. ВТА вправе использовать данные записи для выяснения и выполнения своих обязательств согласно договору о страховании.

- Я осведомлен(а), что ВТА 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 ВТА 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 ВТА 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 ВТА вправе истребовать все возникшие в связи с этим расходы.

**Заявитель**

---

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Дата/Подпись: \_\_\_\_\_