

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЙ

Заявление о возмещении (срыв путешествия)



Заявитель:

Имя и Фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Э-почта: _____

Застрахованное лицо:

Имя и Фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Э-почта: _____

Договор страхования:

Номер полиса: _____ Начало действия: _____ Окончание действия: _____

Происшествие:

Страна: _____ Место: _____ Число: _____ Время: _____

Случай:

Аннуляция путешествия Прерывание путешествия Опоздание в путешествии Задержка рейса Иное: _____

Где и когда было зарегистрировано происшествие?

В аэропорту В мед. учреждении Иное: _____

Получил/а Застрахованное лицо от кого либо компенсацию?

Нет Да, от кого и сколько? _____

Описание происшествия:

Описание путешествия (пункты назначения, числа и время и названия авиакомпаний):

Размер ущерба:

Расходы	Дата покупки	Стоимость	Расходы	Дата покупки	Стоимость

Подписывая заявление:

- Предоставляю AAS „BTA Baltic Insurance Company“ Eesti filiaal (рег. номер 11223507) (далее BTA) право фиксировать с помощью аудиотехники телефонные разговоры, устные беседы и пр. информацию, связанную с рассмотрением данного случая. BTA имеет право на использование вышеназванных записей для выполнения обязательств по страховому договору. Записи сохраняются в течение установленного законом времени, после чего уничтожаются.
- Подтверждаю, что проинформирован/а о том, что у BTA есть право обрабатывать мои личные данные, в том числе деликатные (информацию о состоянии здоровья), необходимые для выяснения и выполнения обязательств по страховому договору, в соответствии с порядком, установленным Законами о защите личных данных и страховой деятельности.
- Подтверждаю, что вышеприведенные данные достоверны. Оповещен/а, что в случае предоставления неполной или неверной информации, у BTA есть право уменьшить сумму выплаты или отказать в возмещении ущерба, или подать заявление о возбуждении уголовного дела, согласно §209 (мошенничество) и § 212 (страховое мошенничество) Пенитенциарного кодекса Эстонии, и требовать возмещения всех возникших в связи с этим расходов.
- Подтверждаю, что оповещен о том, что выплата будет произведена после предоставления BTA всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и возникновения связанных со случаем расходов и их сумму.
- Согласен, что стоимость отправки заказным письмом не подлежащих или подлежащих частичному возмещению документов, будет вычтена из суммы возмещения в случае, если я желаю получить их обратно вышеуказанным путем.
- Подтверждаю, что имею право на подписание данного ходатайства.

Заявитель:

Имя и Фамилия: _____

Число / Подпись: _____

Прилагаемые документы:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Копия страхового полиса | <input type="checkbox"/> Оригинальные счета и квитанции, подтверждающие оплату _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Рапорт перевозчика/аэропорта _____ шт | <input type="checkbox"/> Справка от турбюро о возврате денег _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Справка от врача с диагнозом при аннуляции рейса _____ шт | <input type="checkbox"/> Прочее: _____ |

Сумма и получатель возмещения:

Сумма на возмещение, валюта: _____ Расчетный счет (IBAN), Банк: _____
Имя и Фамилия / _____
Название предприятия: _____ Личный код / Регистрационный код: _____

Дополнительная информация:**Подписывая заявление:**

- Предоставляю AAS „BTA Baltic Insurance Company“ Eesti filiaal (per. номер 11223507) (далее BTA) право фиксировать с помощью аудиотехники телефонные разговоры, устные беседы и пр. информацию, связанную с рассмотрением данного случая. BTA имеет право на использование вышеназванных записей для выполнения обязательств по страховому договору. Записи сохраняются в течение установленного законом времени, после чего уничтожаются.
- Подтверждаю, что проинформирован/а о том, что у BTA есть право обрабатывать мои личные данные, в том числе деликатные (информацию о состоянии здоровья), необходимые для выяснения и выполнения обязательств по страховому договору, в соответствии с порядком, установленным Законами о защите личных данных и страховой деятельности.
- Подтверждаю, что вышеприведенные данные достоверны. Оповещен/а, что в случае предоставления неполной или неверной информации, у BTA есть право уменьшить сумму выплаты или отказать в возмещении ущерба, или подать заявление о возбуждении уголовного дела, согласно §209 (мошенничество) и § 212 (страховое мошенничество) Пенитенциарного кодекса Эстонии, и требовать возмещения всех возникших в связи с этим расходов.
- Подтверждаю, что оповещен о том, что выплата будет произведена после предоставления BTA всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и возникновения связанных со случаем расходов и их сумму.
- Согласен, что стоимость отправки заказным письмом не подлежащих или подлежащих частичному возмещению документов, будет вычтена из суммы возмещения в случае, если я желаю получить их обратно вышеуказанным путем.
- Подтверждаю, что имею право на подписание данного ходатайства.

Все сообщения и решения BTA желаю получать по почте по e-почте

Заявитель:

Имя и Фамилия: _____
Число / Подпись: _____