

Штамп с входящим номером

## ЗАЯВЛЕНИЕ

На получение страховой выплаты по договору добровольного страхования от несчастных случаев и страхования имущественных интересов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства.

От (ФИО полностью): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Гражданство: \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
Адрес проживания: \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации (если отличается от фактического): \_\_\_\_\_  
ИНН (при наличии): \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Являясь,

Застрахованным  Выгодоприобретателем  Родственником  Наследником по закону  Законным представителем

Прошу произвести страховую выплату в соответствии с условиями Договора страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. (далее – Договор страхования), в связи с наступлением предусмотренного в Договоре страхования страхового случая:

Травмы в результате несчастного случая (далее – НС)  Экстренная госпитализация в результате НС  
 Инвалидность в результате НС  Клещевой энцефалит  
 Смерть в результате НС  Медико-транспортные расходы в результате НС

ТОЛЬКО ДЛЯ ПРОГРАММЫ «ПРЕМИУМ ГОДОВОЙ (ВСЬ МИР)»:

Медицинские расходы  Плановая госпитализация в результате НС

## СВЕДЕНИЯ О ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕ

Заполняется, если Выгодоприобретателем является не Застрахованное лицо

От (ФИО полностью): \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Гражданство: \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
Адрес проживания: \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
(если отличается от фактического)  
ИНН (при наличии): \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Является ли Застрахованный или Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ\*) или родственником ПДЛ?

Нет  Да, является ПДЛ  Да является родственником ПДЛ

Если Вы ответили «Нет», перейдите к заполнению следующего пункта Заявления. Если Вы ответили «Да» – дополнительно укажите:

- занимаемую должность лица, относящегося к ПДЛ, наименование и адрес его работодателя;
- статус родства либо статус (супруг или супруга) по отношению к лицу, являющемуся ПДЛ (для лиц, являющихся родственниками ПДЛ):

\* К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся иностранные публичные должностные лица, должностные лица публичных международных организаций, а также лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации, а также родственники вышеуказанных лиц.

## СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ

Дата события:

Время события:

Место события:

Описание обстоятельств события (следует перечислить последовательность событий, характер травмы или болезни):

---

---

---

---

---

---

## СВЕДЕНИЯ О ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДАХ

Сумма указывается в той валюте, в которой были понесены расходы.

Сумма понесенных расходов

## ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ БЫЛИ ПОНЕСЕНЫ МЕДИЦИНСКИЕ И/ИЛИ МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ

Прошу Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование произвести страховую выплату:

Банковским переводом. Платежные реквизиты Выгодоприобретателя

**ВАЖНО!** Реквизиты обязательны для заполнения! Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке (кроме английского или немецкого) должны быть переведены на русский язык в бюро переводов.

Получатель:

Банк Получателя:

ИНН банка Получателя:

БИК банка Получателя:

Корр. счет банка Получателя:

Расчетный счет банка Получателя:

№ лицевого счета Получателя:

**Я даю согласие на обработку персональных данных** (далее – ПД), которые включают: все вместе и каждая в отдельности, персональные данные, относящиеся к Заявителю / Застрахованному и / или Выгодоприобретателю в заявлении и документах к нему.

Субъекты ПД подтверждают свое согласие Филиалу ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование, расположенному по адресу: 119049, г. Москва, пер. 4-й Добрынинский, д. 8, помещ. С 14-1, ком. 21-26, на обработку персональных данных Заявителя/ Застрахованного и/ или Выгодоприобретателя (фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и проживания, телефон, электронную почту, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными субъектов ПД, с учетом действующего законодательства. Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка).

Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего Заявления и действует не менее 5 (пяти) лет с даты прекращения Договора (в т. ч. при его расторжении).

**Настоящим я подтверждаю**, что в соответствии с ч.3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», до начала обработки моих ПД Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в Филиале ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование) и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Дата

Подпись

Расшифровка подписи

Я (ФИО полностью), \_\_\_\_\_,  
Паспорт серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_, дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
Кем выдан: \_\_\_\_\_,  
Адрес регистрации: \_\_\_\_\_,  
Адрес проживания: \_\_\_\_\_,  
Телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_.

своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами, выражаю свое согласие Филиалу ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование, зарегистрированному по адресу: 119049, г. Москва, пер. 4-й Добрынинский, д. 8, помещ. С 14-1, ком. 21-26 (далее – «Страховщик»), в целях исполнения Договора страхования, иных услуг и защиты моих прав, а также Страхователю получать информацию, имеющуюся в медицинской организации, в учреждении, осуществляющем предоставление государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, в организации, осуществляющей судебно-медицинскую экспертную деятельность, и иных организациях и компетентных органах, располагающих сведениями о состоянии моего здоровья, составляющими врачебную тайну, в том числе сведения о результатах моих медицинских обследований, наличии заболеваний, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, иных сведениях, полученных при моем обследовании и лечении, а также разглашать сведения и предоставлять документы, составляющие врачебную тайну, в целях исполнения Договора и в интересах лица, застрахованного по Договору страхования, на совершение следующих действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки персональных данных (далее – ПД): неавтоматизированная обработка персональных данных; исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; смешанная обработка персональных данных. Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих персональных данных Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Настоящее согласие действует в течение срока действия Договора и пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес Филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование по адресу: 119049, г. Москва, пер. 4-й Добрынинский, д. 8, помещ. С 14-1, ком. 21-26, не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия.

Дата

Подпись

Расшифровка подписи