

Штамп с входящим номером

От: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

## Заявление на получение страхового возмещения по программе / анкета физического лица «Страхование багажа»

№ \_\_\_\_\_ **выдан** \_\_\_\_\_  
номер договора или страхового полиса число месяц год

Застрахованный \_\_\_\_\_  
Ф. И. О.

Дата рождения \_\_\_\_\_  
число месяц год

Количество мест багажа: \_\_\_\_\_

### Страховой случай

Место \_\_\_\_\_  
с указанием города

Дата \_\_\_\_\_  
число месяц год

### Отметьте страховое событие:

- Полное уничтожение багажа  Повреждение уже переданного багажа (за исключением ручной клади)
- Утрата багажа  Задержка багажа в аэропорту. Укажите время задержки

\_\_\_\_\_

Место и условия хранения багажа \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Передавался ли багаж перевозчику?  Да  Нет Перевозчик \_\_\_\_\_  
наименование

Подавалось ли заявление на получение возмещения от авиаперевозчика?  Да  Нет

Дата \_\_\_\_\_ число месяц год Размер полученного возмещения \_\_\_\_\_ руб.

Краткое описание произошедшего

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сумма заявляемых расходов \_\_\_\_\_ руб.

Прилагаемые документы:


**Внимание! Важно!**

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

Получатель  Ф.И.О.

ИНН получателя   
(при наличии)

Банк получателя

ИНН банка  БИК

Корр. счет

Расчетный счет

Лицевой счет

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям в которые я обращался, и врачам, проводившим обследование и лечение, предоставить страховой компании по ее запросу необходимую полную информацию о состоянии моего здоровья и/или здоровья моего ребенка.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов согласно перечню.

Дата     
число                      месяц                      год

Подпись

Расшифровка подписи  Ф.И.О.

**Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование**

119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 8, помещение С14-03, комнаты 11-12/ тел.: +7 495 626-58-00 / факс: +7 495 626-57-30 \* 107  
info@erv.ru | www.erv.ru | Лицензия СЛ № 3954 от 07 июля 2015 года | Лицензия СИ № 3954 от 07 июля 2015 года.