

— Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Дата наступления события
ДД.ММ.ГГ.

Дата обращения в
сервисную компанию
ДДММГГ.

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

- | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Медицинские расходы | <input type="checkbox"/> Задержка рейса | <input type="checkbox"/> Медико-транспортные расходы (Смерть) |
| <input type="checkbox"/> Несчастный случай (Травма) | <input type="checkbox"/> Отмена поездки | <input type="checkbox"/> Гражданская ответственность |
| <input type="checkbox"/> Утрата багажа | <input type="checkbox"/> Потеря паспорта и билетов | <input type="checkbox"/> Правовая (юридическая) помощь |

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

— Банковские реквизиты получателя выплаты:

ФИО полностью

Наименование
банка

Корр. счет банка
получателя

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

БИК банка
получателя

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Номер лицевого
счета получателя

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ в целях исполнения Договора страхования:

«Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») в медицинских и судебно-экспертных организациях (учреждениях) независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, а также в органах и учреждениях системы МВД РФ, МЧС РФ, и иных правоохранительных структурах РФ. Я соглас(на)ен на получение Страховщиком сведений и/или документов (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, в следующих организациях:

- медицинских организациях (включая лечебно-профилактические, судебно-медицинские и иные специализированные организации, госпитали, поликлиники, медико-санитарные части — юридические лица независимо от ведомственной принадлежности, осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии, любых учреждениях здравоохранения, а также учреждениях особого типа (центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическим бюро) и органах социальной защиты информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
- работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- транспортным, туристическим, авиа и иным компаниям, осуществляющим перевозку и/или сопровождение пассажиров;
- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.