



_____, являющийся Страхователем/
Застрахованным/Выгодоприобретателем по Договору страхования непредвиденных расходов путешественников № _____ от ____ . ____ . _____, заключенному с АО «Тинькофф Страхование», просит произвести страховую выплату в случае признания события страховым в связи с возникновением следующих непредвиденных расходов:

Медицинские расходы и/или Медико-транспортные расходы

Иные застрахованные непредвиденные расходы:

- Утрата/задержка багажа Отмена поездки Досрочное возвращение из поездки
 Утрата документов Юридическая помощь Расходы при причинении вреда 3-м лицам
 Фото, видеотехника Спортивное оборудование Страхование квартиры на время поездки
 Страхование от несчастного случая

Застрахованный:

| | | | | |
|-----------------------------|---------|--------|---------------------------|---------------|
| Ф.И.О (полностью) | | | | Дата рождения |
| Ф.И. (как в загранпаспорте) | | | | |
| Загранпаспорт | Серия | номер | выдан ____ . ____ . _____ | |
| кем | | | | |
| Паспорт | Серия | номер | выдан ____ . ____ . _____ | |
| кем | | | | |
| Место жительства | | | | |
| Контактная информация | Телефон | E-mail | | |

Заявитель (заполняется, если Заявителем является иное лицо (не Застрахованный))

| | | | | |
|-----------------------|---------|--------|---------------------------|---------------|
| Ф.И.О. (полностью) | | | | Дата рождения |
| Паспорт | Серия | номер | выдан ____ . ____ . _____ | |
| кем | | | | |
| Место жительства | | | | |
| Загранпаспорт | Серия | номер | выдан ____ . ____ . _____ | |
| Контактная информация | Телефон | E-mail | | |

Дата и время наступления страхового события: ____ . ____ . _____ Страна наступления СС: _____

Обстоятельства наступления страхового события

(для травм — обязательно указать место/время/обстоятельства получения травмы):

Было ли обращение к компании-ассистансу? Да Нет

Если ответ да, укажите, пожалуйста, дату ____ . ____ . _____

Если ответ нет, поясните, пожалуйста, причину:

Расходы к возмещению в размере: _____

Перечислить списком (в валюте оплаченных счетов) с указанием за что:

К настоящему Заявлению прилагаются документы:

| Наименование документа | Указать, в каком виде предоставлен документ (копия, нотариальная копия, оригинал) |
|--|---|
| Заграничный паспорт РФ (с отметками о въезде и выезде из стран и визами) | |
| Иные документы (указать, какие): | |
| | |
| | |
| | |
| | |

В целях выполнения условий Договора страхования, по которому я являюсь Страхователем / Застрахованным, даю своё согласие АО «Тинькофф Страхование», адрес места нахождения: 127287, г. Москва, 2-я Хуторская улица, дом 38А, строение 26, на обработку моих персональных данных, включая специальную категорию персональных данных (далее по тексту — ПДн), включая, но не ограничиваясь, ФИО, пол, дата, место рождения, паспортные данные, гражданство, адреса мест регистрации\ проживания, номер телефона, ИНН, сведения о состоянии моего здоровья, иные ПДн, обрабатываемые в связи с оказанием страховой услуги в соответствии со страховым законодательством. Также даю своё согласие АО «Тинькофф Страхование» поручить обработку вышеперечисленных ПДн 3-м лицам, осуществляющим обработку ПДн на основании заключенных между АО «Тинькофф Страхование» и третьими лицами договоров/соглашений в связи с предоставлением страховой услуги. Обработка моих ПДн включает в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн. Обработка моих ПДн может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

Я согласен на получение АО «Тинькофф Страхование» /третьими лицами, действующими по поручению АО «Тинькофф Страхование», документов и заключений, связанных с наступлением страхового случая и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, в том числе в следующих организациях:

- а) лечебно-профилактических (в том числе больничных, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, центрах медико-социальной экспертизы, учреждениях скорой помощи независимо от формы собственности, у врачей частной практики) и особого типа (в том числе центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро) учреждениях здравоохранения 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;
- б) у моего работодателя, в правоохранительных органах, органах ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- с) в иных организациях и у индивидуальных предпринимателей в соответствии с законодательством РФ.

Согласие на обработку ПДн АО «Тинькофф Страхование» и обработчиками действует в течение срока действия вышеуказанного Договора страхования, а также в течение десяти лет после его прекращения.

В случае смерти субъекта ПДн согласие на обработку его ПДн дают наследники.

Порядок производства страховой выплаты: _____

Реквизиты для перевода страховой выплаты (для удобства Вы можете приложить копию документа, выданного Вашим банком и содержащего указанные ниже реквизиты):

| |
|--------------------|
| Наименование банка |
| ИНН банка |
| БИК |
| Корр. счет |
| Счет получателя |
| Назначение платежа |
| Владелец счета |

Заявитель

| | | |
|---------|------------|------|
| Подпись | Фамилия ИО | Дата |
|---------|------------|------|

Заполняется сотрудником Страховщика при принятии заявления:

| | | |
|---------|------------|------|
| Подпись | Фамилия ИО | Дата |
|---------|------------|------|