



Заявление на получение страховой выплаты страхование расходов путешественников

_____, являющийся Страхователем /
Застрахованным / Выгодоприобретателем по Договору страхования непредвиденных расходов
путешественников № _____ от ____ . ____ . _____, заключенному с ОАО «ТОС», 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

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

Контактная информация

Телефон

E-mail

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

Обстоятельства наступления страхового события:

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: _____

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 ОАО «ТОС», адрес места нахождения: 127287, г. Москва, 2-я Хутурская улица, дом 38А, строение 26, на обработку моих 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 целях выполнения условий Договора страхования, по которому я являюсь Страхователем / Застрахованным, даю своё согласие ОАО «ТОС» поручить обработку вышеперечисленных ПДн 3-м лицам, осуществляющих обработку ПДн клиента по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений в связи с предоставлением страховой услуги. Также даю свое согласие на трансграничную передачу моих ПДн. Обработка моих ПДн ОАО «ТОС» и обработчиками может включать в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн. Обработка моих ПДн ОАО «ТОС» и обработчиками может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

Я согласен на получение Страховщиком 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 учреждений, 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 Страховщиком 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

Заявитель

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

Заполняется сотрудником Страховщика при принятии заявления:

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