

## Форма Анкеты

### Сведения о физическом лице – участнике операции

Дата заполнения	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
	день                      месяц                      Год
Фамилия	<input type="text"/>
Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>
Для индивидуального предпринимателя	
Регистрационный номер	<input type="text"/>
Наименование регистрирующего органа	<input type="text"/>
Дата регистрации	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Адрес регистрации по месту жительства	
Страна места регистрации	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Адрес место нахождения и почтовый адрес совпадают (в случае совпадения отметить знаком X) <input type="checkbox"/>	
Адрес пребывания	
Страна места нахождения	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Код города	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Серия	<input type="text"/>
Номер	<input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>

ЗАСО «Европейское Туристическое Страхование»

РФ, 119049 Москва, ул. 4-й Добрынинский пер., д.8, помещение С14-И / тел.: +7 (495) 626 5800 / факс: +7 (495) 626 5730\*107  
[info@euroins.ru](mailto:info@euroins.ru) / [www.euroins.ru](http://www.euroins.ru) / ИНН 7706628777 / ОКПО 96577767

Страна	
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	
Гражданство	
Данные миграционной карты	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации	
Сведения об отношении физического лица к категории иностранных публичных должностных лиц	
Сведения о родстве с иностранными публичными должностными лицами	

**Заявление на получение страхового возмещения по программе  
«страхование гражданской ответственности»**

Заявление № \_\_\_\_\_

**ФИО застрахованного** \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

(полностью) \_\_\_\_\_

Контактные телефоны \_\_\_\_\_

(рабочий)

(домашний)

(мобильный)

Паспорт гражданина (РФ или иного гос-ва) № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

(кем, когда)

**Обстоятельства произошедшего:**

дата \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ страна \_\_\_\_\_

краткое описание произошедшего \_\_\_\_\_

причинен вред: имуществу третьих лиц

здоровью или жизни третьих лиц

характер и объем причиненного вреда:

дата согласования Страховщиком вины Застрахованного лица (в досудебном порядке): \_\_\_\_\_

сумма заявляемых расходов \_\_\_\_\_

дата вступления в силу решения суда: \_\_\_\_\_

оценка размера убытка, подлежащего возмещению: \_\_\_\_\_

Прилагаемые документы \_\_\_\_\_

**Страховое возмещение следует выплатить:**

Наличными  Банковским переводом

ФИО получателя \_\_\_\_\_

банк получателя \_\_\_\_\_

ИНН

БИК

Корр.счет

Расчетный счет

Лицевой счет

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**Заявление  
на получение страхового возмещения  
по программе «страхование гражданской  
ответственности»**

Дополнительная информация

\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись