

СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Заявление о возмещении для членов ЛПМТФ

Заявитель

Застрахованный:

Имя, фамилия: _____ Перс.код: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Название корабля: _____ № полиса/карты: _____

Работодатель (название парходства): _____

Должность на корабле: _____ Дата списания с судна: _____

Причина списания с судна: _____

Представитель застрахованного (если заявление заполняется от имени застрахованного лица):

Имя, фамилия: _____ Перс.код: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Информация о происшествии

Дата: _____ Время: _____ Место (адрес): _____

Информация об обстоятельствах происшествия

Вид происшествия:

- Болезнь Бытовая травма Травма, полученная в ДТП Спортивная травма Травма, получ. на рабочем мест Смерть
 Другое _____

Лист нетрудоспособности: Нет Есть
С: _____ по: _____

Учреждение, выдавшее Лист нетрудоспособности: _____

Описание происшествия (Детальное описание происшествия в хронологическом порядке. При необходимости дополнение приложить на отдельном листе):

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Дополнительная информация

Употреблял ли застрахованный в день происшествия алкоголь, наркотические вещества, психотропные вещества или лекарства, не прописанные врачом?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - что)
Произошло ли происшествие в результате ДТП?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать марку, гос.номер виновного в ДТП т/л, а так же учреждение, которое ведет расследование по данному ДТП)
Заключены ли другие страховые договора, связанные с данным происшествием и действующие в период происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать страховое общество)

Свидетели происшествия: 1. _____
2. _____
(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

Страховое возмещение выплатить перечислением

Застрахованному Доверенному лицу (Для получения Страхового возмещения доверенным лицом, необходимо предоставить доверенность Другому лицу

Получатель Страхового возмещения:

Имя, фамилия/Название: _____ Перс.код/Рег.номер: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Название банка: _____

Номер счета: _____ Валюта: _____

После принятия решения частично оплаченные или неоплаченные оригиналы платежных документов:

- Не желаю получать
 Желаю получить на адрес, указанный в заявлении

Информация о приложенных к заявлению документах

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Информация о платёжных документах необходимых для получения возмещения:	Количество	Общая сумма

Подписывая настоящее заявление:

1. Подтверждаю, что я уведомлён о том, что в связи с настоящей заявкой на возмещение, ВТА запишет разговоры по телефону и при встрече, зафиксирует другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, при помощи устройств звуко- и видеозаписи, и хранения, за правом использовать эти записи в качестве доказательств в суде в случае спора о выплате страхового возмещения;
 2. Я предоставляю ВТА полномочия получать от других правовых субъектов (в том числе от лиц, предоставляющих врачебные услуги, лечебных учреждений, Центр по расчётам по вопросам здоровья (Национальная Служба Здравоохранения)) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной медицинской помощи, что является необходимым для выяснения обстоятельств страхового случая;
 3. Подтверждаю, что информация, предоставленная мной, соответствует действительности, является всеобъемлющей и точной. Мне разъяснили, что в случае предоставления ложных данных или данных, вводящих в заблуждение, ВТА имеет право уменьшить или отказать в выплате страхового возмещения и, за содеянное может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьёй 177 Уголовного закона (мошенничество) или статьёй 178 (мошенничество в сфере страхования).
 4. Я осознаю, что выплата страхового возмещения проводится только после подачи в ВТА всех необходимых документов, подтверждающих наступления страхового случая и размеры убытков, возникших в результате оногo;
 5. Я согласен с тем, что оплата отправления частично оплаченных и неоплаченных документов по почте заказным письмом удерживается из страхового возмещения, если, в заявке на страховое возмещение я указал (-ла) данный способ получения платёжных документов;
 6. Подтверждаю, что я имею право подписывать настоящее заявление.
- ВТА сообщает, что для исполнения заключенного договора, из Закона о защите данных физических лиц вытекает право ВТА, за соблюдением установленного упомянутым законом, обрабатывать, в т.ч. получать из регистров и баз данных, Страхователя, Застрахованного и Выгодоприобретателя личные данные, в т.ч. персональные идентификационные коды для получения страховых услуг, а именно: для урегулирования случая наступления заявленного страхового риска, принятия решения о признании случая наступления застрахованного риска страховым случаем, определения размера страхового возмещения и выплаты страхового возмещения. С подачей настоящего заявления, ВТА получает разрешение обрабатывать чувствительные данные Застрахованного, потому что в отсутствие обработки чувствительных данных Застрахованного урегулирование дела о страховом возмещении становится не возможным.

разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчётов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Подпись: _____

Дата: _____