

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЯ

Заявление о возмещении (Об ухудшении состояния здоровья или смерти лица)



Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: _____
Место принятия заявления: _____
Имя, фамилия получателя: _____
Подпись: _____

Номер Дела о возмещении: _____

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров Перс.код: 180564 - 22222
Адрес: Рига, Звайгзнаю гатве 5 - 10 Индекс: LV - 1082
Телефон, факс: 29191919 э-почта: elena@inbox.lv
Серия полиса: CN - 15 № полиса: 80234050
Согласен с тем, что информацию, связанную с Делом о возмещении ВТА вышлет на адрес э-почты: Нет Да

Если Заявление заполняет другое лицо, необходимо указать данные представляемого:

Имя, фамилия: Елена Сидорова Перс.код: 190699 - 11111
Адрес: Рига, Звайгзнаю гатве 5 - 10 Индекс: LV - 1082
Телефон, факс: 29181818 э-почта: elena@inbox.lv

Информация о происшествии:

Дата 01.01.2010 Время: 17:00 Место: Франция

Информация об обстоятельствах происшествия:

Заключение врача (диагноз): перелом руки

Вид происшествия:

- Несчастный случай
- Бытовая травма Травма, полученная в ДТП Спортивная травма Травма, получ. на рабочем месте Другое _____
- Неотложная стоматологическая помощь Острое тяжелое заболевание Смерть Другое _____

Описание происшествия:

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

Спускаясь по лестнице вниз, подскользнулась и упала.

В результате разбила правую руку. Обратилась к врачу, констатировали перелом руки.

Свидетели происшествия: 1. _____

2. _____

(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров
Подпись: _____
Дата: 10.01.2010

Дополнительная информация:

Употреблял ли застрахованный в день происшествия алкоголь, наркотические вещества, психотропные вещества или лекарства, не прописанные врачом?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - что) _____
Произошло ли происшествие в результате ДТП?	Нет <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать страховое общество) _____
Известно ли лицо, виновное в происшествии?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если несколько – указать всех) _____
Согласен ли виновный по собственному желанию возместить убытки?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - в каком виде и размере) _____

Вид получения страхового возмещения:

- Оплата учреждению\лицу предоставившему услуги
 Перечисление
 Застрахованному Доверенному лицу (Для получения Страх. возмещения доверенным лицом, необходимо предоставить доверенность) Другому лицу

Получатель Страхового возмещения:

Имя, фамилия/Название: Елена Сидорова Перс.код/Рег.номер: 180564 - 2222
 Адрес: Рига, Звайгзнау гатве 5 - 10 Индекс: LV - 1082
 Название банка: AS SEB
 Номер счета: L / V / X / X / U / N / L / A / X / X / X / X / X / X / X / X / X / X / X / X / X / Валюта: LVL/EUR

После принятия решения частично оплаченные или неоплаченные оригиналы платежных документов:

- Не желаю получать
 Желаю получить на адрес, указанный в заявлении:
 простым письмом - бесплатно
 заказным письмом – произведя оплату по действующему прејскуранту ВТА

Информация о приложенных к заявлению документах:

№	Название платежного документа	количество	сумма
1.	Копия паспорта		
2.	Копия полиса	чек Nr.2334	1 2 LVL
3.	Выписка врача с диагнозом	чек Nr.2534	1 15 LVL
4.			

Подписывая данное Заявление:

- Подтверждаю, что информирован, что в связи с указанным заявлением на возмещение ВТА с помощью устройств для записи и хранения аудио и видео информации будет осуществлять запись телефонных и устных разговоров и фиксировать другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, с правом использовать указанные записи в качестве доказательств в суде по спорам о выплате страхового возмещения.
- Доверяю ВТА (рег.№. 40003159840) получать от других правовых субъектов (в том числе медицинских лиц и медицинских учреждений) информацию о состоянии здоровья и полученной медицинской помощи застрахованного, которая необходима для выяснения обстоятельств возможного страхового случая;
- Подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной, полной и точной. Мне разъяснено, что в случае предоставления недостоверной и вводящей в заблуждение информации ВТА имеет право снизить размер страхового возмещения или отказать в его выплате, а также за это может наступить уголовная ответственность, предусмотренная в ст. 177 (мошенничество) или ст. 178 (страховое мошенничество) Уголовного закона. Если по указанным причинам ВТА снизит размер страхового возмещения или откажет в выплате такового, обязуюсь возместить все связанные с этим причиненные убытки.
- Осознаю, что выплата страхового возмещения по страховому случаю осуществляется только после получения ВТА всех необходимых документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков, возникших в результате него.
- Подтверждаю, что разрешаю ВТА как администратору системы, получателю и оператору персональных данных для исполнения договора страхования получать и обрабатывать указанные в заявлении персональные данные, в том числе, чувствительные персональные данные и идентификационные (классификационные) персональные коды в соответствии с «Законом о защите данных физических лиц» и другими нормативными актами ЛР.
- Согласен с тем, что сумма оплаты за пересылку частично оплаченных или неоплаченных платежных документов заказным письмом будет удержана от суммы возмещения, если в заявлении указан данный вид получения возмещения.
- Подтверждаю, что у меня есть право подписывать данное Заявление.

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров
 Подпись: _____
 Дата: 10.01.2010