

СТРАХОВАНИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ

Заявление о возмещении



Заполняет представитель ВТА!

Дата получения:

Имя, фамилия получателя:

Подпись:

Номер Дела о возмещении:

Серия страхового полиса:

Номер страхового полиса:

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров

Перс. код: 180564 - 22222

Адрес: Рига, Звайгзною гатве 5 - 10

Индекс: LV - 1082

Телефон: 29191919

Адрес э-почты: andry@inbox.lv

Застрахованный (пострадавшее лицо):

Имя, фамилия: Андрей Сидоров

Перс. код: 180564 - 22222

Адрес: Рига, Звайгзною гатве 5 - 10

Индекс: LV - 1082

Телефон: 29191919

Адрес э-почты: andry@inbox.lv

Согласен с тем, что информацию, связанную с Дело о возмещении ВТА вышлет на адрес э-почты: Нет ☒ Да ☐

Информация о договоре страхования:

Договор страхования от несчастного случая с ВТА заключил:

☐ банк (название банка):

☐ другое лицо

☒ работодатель (место работы): SIA GOGOGOGIO

Информация о происшествии:

Дата: 5.01.2010

Время: 17:00

Место (адрес): Рига, ул. Бривибас 103

Лечебное учреждение, где была оказана медицинская помощь: Rīgas 1. slimnīca

Информация об обстоятельствах происшествия:

Заявлена: ☒ Травма ☐ Инвалидность в результате несчастного случая ☐ смерть в результате несчастного случая ☐ критическое заболевание

Происшествие произошло: ☐ при исполнении трудовых/служебных обязанностей ☐ в результате ДТП ☐ занимаясь спортом ☐ другим образом

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

По дороге на работу оступился и упал. Обратился к врачу. Врач установил растяжение правой ноги.

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров

Подпись:

Дата: 11.01.2010.

Дополнительная информация:

Употреблял ли застрахованный в течение суток до происшествия медикаменты без назначения врача, алкоголь, наркотические или психотропные вещества, медикаменты без назначения врача?	Нет ☒ Да ☐	(указать, что именно)
Было ли сообщено о происшествии полиции или другой правозащитной институции?	Нет ☒ Да ☐	(указать, какой)

Страховое возмещение выплатить перечислением:

☒ Застрахованному ☐ Выгодоприобретателю ☐ Наследникам

Получателя страхового возмещения:

Имя, фамилия/Название: Андрей Сидоров Перс. код/ Рег.номер: 180564 - 22222

Адрес: Рига, Звайгзною 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 / Валюта: MULTI

После принятия решения оригиналы частично оплаченных и неоплаченных платежных документов:

- ☐ Не желаю получить
- ☒ Желаю получить по почте на указанный в заявлении адрес Страхователя:
- ☒ простым письмом бесплатно
- ☐ заказным письмом с оплатой согласно действующему прейскуранту ВТА

Информация о приложенных к заявлению документах (например, справка из полиции и др. документы):

1 Копия паспорта или водительского удостоверения	Информация о платёжных документах, необходимых для получения возмещения:	Количество	Общая сумма
2 Копия Договора страхования		4	50 EUR
3 Документы, подтверждающие наступление происшествия			
4 Выписка из больницы			

Подписывая данное Заявление, подтверждаю, что:

- 1) предоставленная мной информация является достоверной, полной и точной;
- 2) разрешаю ВТА получать любую информацию от какого-либо медицинского учреждения о состоянии здоровья и полученной медицинской помощи застрахованного, если эта информация необходима для выяснения обстоятельств возможного страхового случая и установления размера страховой выплаты, а так же Застрахованный обязуется по первому запросу ВТА предоставить медицинскому учреждению разрешение ВТА получить вышесказанную информацию, освободив тем самым медицинское учреждение и лиц, работающих в данном учреждении от неразглашения информации;
- 3) 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 персональные коды в соответствии с «Законом о защите данных физических лиц» и другим нормативным актам Латвийской Республики. Я информирован и согласен с тем, что в связи с указанным Заявлением о происшествии, ВТА, используя устройства для записи и хранения звуковой и видеoinформации, будет осуществлять запись телефонных и устных разговоров, фиксировать другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, с правом использовать указанные записи в качестве доказательств в суде по спорам о выплате страхового возмещения.

Предложения по улучшению деятельности ВТА:

Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров
Подпись: _____
Дата: 11.01.2010.