

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЯ

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

Заявитель

Имя, фамилия: _____ Перс.код: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

№ полиса: _____ Дата начала и окончания путешествия: _____

Если Заявление заполняет другое лицо, необходимо указать данные представляемого:

Имя, фамилия/Название: _____ Перс.код./Пер.№: _____

Адрес: _____ Индекс: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Информация о происшествии

Дата: _____ Время: _____ Место (Адрес): _____

Информация об обстоятельствах происшествия

Заключение врача (диагноз): _____

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):

Свидетели происшествия: 1. _____

2. _____

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

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 договоры страхования в отношении данного происшествия и действующие на момент происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать страховое общество)
Известны ли лица, виновные в происшествии?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если несколько – указать всех)
Согласен ли виновный по собственному желанию возместить убытки?	Нет <input 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: _____ 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

	Название платежного документа	количество	сумма
1.	_____		
2.	_____		
3.	_____		

Подписывая настоящее заявление:

1. Подтверждаю, что я уведомлен 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. Настоящим предоставляю ВТА (един.рег.нр.) 40103840140) получать от других правовых субъектов (в том числе лиц, предоставляющих врачебные услуги, лечебных учреждений) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной медицинской помощи, необходимую для выяснения обстоятельств возможного 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 статья 178 (мошенничество в сфере страхования). Если ВТА снизит или откажет в выплате страхового возмещения по одной из вышеупомянутых причин, обязуюсь возместить все убытки, возникшие в связи с этим.
 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 онго;
 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. Я согласен (-на), что в случаях, когда страховое возмещение, выплаченное ВТА, покрывает часть убытков, возникших в результате страхового случая, ВТА может использовать своё право на регресс против лица, ответственного за убытки, вне зависимости от того, реализую ли я (Застрахованный) своё право подавать иск против упомянутого лица или нет.
 7. Если ВТА примет решение отказать в выплате страхового возмещения, я сообщу Страхователю о решении, принятом ВТА.
 8. 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, личные данные Застрахованного и Выгодоприобретателя, 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: _____

Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: _____

Имя, фамилия получателя: _____

Подпись: _____