

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЯ

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



Заполняет представитель ВТА!

Номер Дела о возмещении:

Дата получения:

Место принятия заявления:

Имя, фамилия получателя:

Подпись:

Заявитель:

Имя, фамилия:

Перс.код:

Адрес:

Индекс:

Телефон, факс:

э-почта:

Серия полиса:

№ полиса:

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:

Перс.код:

Адрес:

Индекс:

Телефон, факс:

э-почта:

Информация о происшествии:

Дата

Время:

Место:

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 страховые договора, связанные с данным происшествием и действующие в период происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать страховое общество) _____ _____
Известно ли лицо, виновное 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:
 простым письмом - бесплатно
 заказным письмом – произведя оплату по действующему прейскуранту ВТА

Информация о приложенных к заявлению документах:

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

Подписывая данное Заявление:

1. 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.
2. 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;
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Подтверждаю, что у меня есть право подписывать данное Заявление.

Заявитель:

Имя, фамилия: _____
Подпись: _____
Дата: _____