

СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Заявление о возмещении



Заявитель

Имя, фамилия: _____ Перс. код: _____
Адрес: _____ Индекс: _____
Телефон: _____ э-почта: _____
№ полиса: _____

Застрахованный (пострадавшее лицо)

Имя, фамилия: _____ Перс. код: _____
Адрес: _____ Индекс: _____
Телефон: _____ э-почта: _____

Информация о договоре страхования

Договор страхования от несчастного случая с ВТА заключил:

- банк (название банка): _____ другое лицо
 работодатель (место работы): _____

Информация о происшествии

Дата: _____ Время: _____ Место (адрес): _____
Лечебное учреждение, где была оказана медицинская помощь: _____

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):

Заявитель

Имя, фамилия: _____
Подпись: _____
Дата: _____

Дополнительная информация

Употреблял ли застрахованный в течение суток до происшествия медикаменты без назначения врача, алкоголь, наркотические или психотропные вещества, медикаменты без назначения врача?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать, что именно)
Было ли сообщено о происшествии полиции или другой правозащитной институции?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать, какой)

Страховое возмещение выплатить перечислением

Застрахованному Выгодоприобретателю Наследникам

Получателя страхового возмещения:

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

Адрес: _____ Индекс: _____

Название банка: _____

Номер счета: _____ Валюта: _____

После принятия решения оригиналы частично оплаченных и неоплаченных платежных документов:

- Не желаю получить
 Желаю получить по почте на указанный в заявлении адрес

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

	Информация о платёжных документах, необходимых для получения возмещения:	Количество	Общая сумма
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что:

1) информация, предоставленная мной, соответствует действительности, является всеобъемлющей и точной;

2) Я разрешаю ВТА получать в любом лечебном учреждении любую информацию о состоянии здоровья Застрахованного и полученной им медицинской помощи, если подобная информация от лечебного учреждения будет необходима ВТА для рассмотрения обстоятельств заявленного происшествия и определения размера страхового возмещения, а также Застрахованный обязуется по первому требованию ВТА предоставить соответствующему лечебному учреждению разрешение выдать ВТА любую вышеупомянутую информацию, освобождая лечебное учреждение и работающих в оном лиц, предоставляющих врачебные услуги, от долга хранить молчание.

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 отчетов, 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: _____