

# СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Заявление о возмещении для членов ЛПМТФ

## Заявитель

Застрахованный:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс. код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

Название корабля: \_\_\_\_\_ № полиса/карты: \_\_\_\_\_

Работодатель (название пароходства): \_\_\_\_\_

Должность на корабле: \_\_\_\_\_ Дата списания с судна: \_\_\_\_\_

Причина списания с судна: \_\_\_\_\_

Представитель застрахованного (если заявление заполняется от имени застрахованного лица):

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс. код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Информация о происшествии

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ Место (адрес): \_\_\_\_\_

## Информация об обстоятельствах происшествия

Вид происшествия:

- Болезнь     Бытовая травма     Травма, полученная в ДТП     Спортивная травма     Травма, получ. на рабочем мест     Смерть  
 Другое \_\_\_\_\_

Лист нетрудоспособности:  Нет     Есть  
С: \_\_\_\_\_ по: \_\_\_\_\_

Учреждение, выдавшее Лист нетрудоспособности: \_\_\_\_\_

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 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)

Свидетели происшествия: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

## Страховое возмещение выплатить пречислением

Застрахованному  Доверенному лицу (Для получения Страхового 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

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

Информация о платёжных документах необходимых для получения возмещения:	Количество	Общая сумма

### Подписывая настоящее заявление:

1. Подтверждаю, что я уведомлён 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. Я предоставляю ВТА полномочия получать от других правовых субъектов (в том числе от лиц, предоставляющих врачебные услуги, лечебных учреждений, Центр по расчётам по вопросам здоровья (Национальная Служба Здравоохранения)) информацию о состоянии здоровья застрахованного лица и полученной медицинской помощи, что является необходимым для выяснения обстоятельств 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 статьёй 178 (мошенничество в сфере страхования).
  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 онтого;
  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. 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, 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 отчётов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_