

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:

Перс. код:

Адрес:

Индекс:

Телефон:

Адрес э-почты:

Застрахованный (пострадавшее лицо):

Имя, фамилия:

Перс. код:

Адрес:

Индекс:

Телефон:

Адрес э-почты:

Согласен с тем, что информацию, связанную с **Делом 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):

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.):

[illegible]**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 ☐ 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:

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

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, сенситивные 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 видеоинформации, 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:

Подпись:

Дата: