

Заявление № _____

Дело № _____

Заявление о страховом возмещении для страхования путешествия

ЗАЯВИТЕЛЬ

Имя, Фамилия: _____ Персональный код: _____ - _____

Адрес: _____ LV- _____

Телефон: _____ E-mail: _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (пострадавшее застрахованное лицо)

Номер полиса: _____ Период действия с _____ по _____

Программа страхования Основная Стандартная Серебряная Золотая Платиновая

Имя, Фамилия: _____ Персональный код: _____ - _____

Адрес: _____ LV- _____

Телефон: _____ E-mail: _____

СВЕДЕНИЯ О ПРОИСШЕСТВИИ

Дата происшествия: _____ 20 _____ года, точное время _____ : _____ . Место происшествия: Страна _____

Город, населенный пункт: _____

СООБЩЕНО ЛИ О ПРОИСШЕСТВИИ В СЛУЖБУ СПАСЕНИЯ?

Нет Да Smile Assitance

ХАРАКТЕР ПРОИСШЕСТВИЯ

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Внезапное заболевание | <input type="checkbox"/> Репатриация в случае смерти | <input type="checkbox"/> Репатриация в случае заболевания |
| <input type="checkbox"/> Расходы на захоронение за границей | <input type="checkbox"/> Расходы на медицинский транспорт | <input type="checkbox"/> Приобретение медицинских вспомогательных средства |
| <input type="checkbox"/> Стоматологические расходы | <input type="checkbox"/> Организация встречи в стране проживания | <input type="checkbox"/> Расходы на транспорт и проживание одного близкого |
| <input type="checkbox"/> Смерть в результате несчастного случая | <input type="checkbox"/> Страхование паспорта | <input type="checkbox"/> Непроходящая инвалидность, вызванная несчастным случаем |
| <input type="checkbox"/> Информационная помощь | <input type="checkbox"/> Отмена путешествия | <input type="checkbox"/> Утеря багажа |
| <input type="checkbox"/> Повреждения багажа | <input type="checkbox"/> Задержка багажа | <input type="checkbox"/> Утеря спортивного инвентаря |
| <input type="checkbox"/> Повреждения спортивного инвентаря | <input type="checkbox"/> Задержка спортивного инвентаря | <input type="checkbox"/> Повреждения спортивного инвентаря |
| <input type="checkbox"/> Прерывание путешествия | <input type="checkbox"/> Нестыковка авиарейсов | <input type="checkbox"/> Гражданско-правовая ответственность |
| <input type="checkbox"/> Задержка поездки | <input type="checkbox"/> Кража багажа вне времени перевозки | <input type="checkbox"/> Опоздание в поездку |
| <input type="checkbox"/> Кража спортивного инвентаря вне времени перевозки | <input type="checkbox"/> Дорожно-транспортное происшествие | <input type="checkbox"/> Химчистка и починка одежды |
| <input type="checkbox"/> Медицинские расходы в стране проживания | <input type="checkbox"/> Юридические расходы | <input type="checkbox"/> Замена застрахованного |
| <input type="checkbox"/> Другое (указать) _____ | | |

Заявление о страховом возмещении для страхования путешествия

Лист 1 из 2

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА

Подпись: _____ Дата: _____ 20 _____ года

ОПИСАНИЕ ПРОИСШЕСТВИЯ (В деталях, в хронологической последовательности. Если необходимо, приложите на отдельном листе.)

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Дата: _____ 20____ года в _____ : _____ . Медицинское учреждение _____

ЛИЧНО ОПЛАЧЕННЫЕ РАСХОДЫ Нет Есть На сумму (указать валюту) _____**ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕМ**

Получатель: _____

Персональный код/рег. № получателя: _____ Название банка: _____

№ счета: _____

ПРИЛОЖЕННЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ ДОКУМЕНТЫ (нужное отметить "X")

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Медицинские документы (оригинал) | <input type="checkbox"/> Чеки (оригинал) |
| <input type="checkbox"/> Рецепты _____ (кол-во) | <input type="checkbox"/> Счета |
| <input type="checkbox"/> Документы для путешествия - билеты | <input type="checkbox"/> Справка от перевозчика |
| <input type="checkbox"/> Прочие документы (перечислить, количество) _____ | |

О РЕШЕНИИ ПО СТРАХОВОМУ ВОЗМЕЩЕНИЮ ПРОШУ ИЗВЕСТИТЬ:

- В письменном виде по почте по следующему адресу: _____
- В письменном виде по следующему адресу электронной почты: _____
- Устно, по следующему номеру телефона: _____
- Текстовым сообщением по следующему номеру телефона: _____

ПОДПИСЫВАЯ ДАННЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО:

Указанная выше информация соответствует действительности. Я проинформирован(-а) о том, что в случае предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации «Baltijas Apdrošināšanas Nams» AAS имеет право не выплачивать страховое вознаграждение, и я могу быть призван(-а) к ответственности в установленном нормативными актами Латвийской Республики порядке. В соответствии с законом о защите данных физических лиц и другими нормативными актами Латвийской Республики разрешаю «Baltijas Apdrošināšanas Nams» AAS как системному администратору, получателю личных данных и оператору личных данных в целях выполнения страхового договора получать и обрабатывать мои личные данные, и в случае, если указанный в страховом договоре бенефициар, застрахованное лицо и лицо, подписавшее данное заявление, не являются одним и тем же лицом, я, как лицо, которое подписывает заявление о происшествии, получил(-а) и в случае необходимости предъявлю письменное разрешение владельца застрахованного объекта и/или указанного в страховом договоре получателя страхового вознаграждения на обработку личных данных, в том числе уязвимых личных. Разрешаю «Baltijas Apdrošināšanas Nams» AAS запрашивать и получать необходимые документы и письменную информацию из медицинских учреждений/от лиц, которые лечили или обследовали застрахованное лицо в связи с несчастным случаем или другой причиной, из государственных учреждений и других страховых компаний.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА

Подпись: _____ Дата: _____ 20____ года

Заявление о страховом возмещении для страхования путешествия

Лист 2 из 2

ЗАПОЛНЯЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Заявление принял _____ 20____ года

Подпись: _____