

Заявление No. _____

Дело No. _____

Заявление о страховом возмещении для лиц, въезжающих на территорию Латвийской Республики

ЗАЯВИТЕЛЬ

Имя, Фамилия _____ Персональный код _____

Адрес _____ LV- _____

Телефон _____ Эл. почта _____

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (пострадавшее застрахованное лицо)

Номер полиса _____ Период действия с _____ по _____

Имя, Фамилия _____ Персональный код _____

Адрес в стране проживания _____

Адрес в стране временного пребывания _____

Телефон _____ Эл. почта _____

СВЕДЕНИЯ О ПРОИСШЕСТВИИ

Дата происшествия _____, точное время _____ : _____. Страна: _____

Город, населенный пункт _____

ХАРАКТЕР ПРОИСШЕСТВИЯ

☐ Заболевание ☐ Травма ☐ Стоматология ☐ Расходы на медицинский транспорт ☐ Репатриация
☐ Другое (указать) _____

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

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Дата: _____ Время _____ : _____. Медицинское учреждение _____

ЛИЧНО ОПЛАЧЕННЫЕ РАСХОДЫ

Укажите сумму и валюту _____

ПРИЛОЖЕННЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ ДОКУМЕНТЫ (нужное отметить "X")

☐ Медицинские документы (оригиналы) ☐ Чеки (указать количество) _____
☐ Счета ☐ Свидетельство о смерти
☐ Другие документы (указать тип и количество) _____



ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕМ

Получатель _____

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

№ счета: _____

О РЕШЕНИИ ПО СТРАХОВОМУ ВОЗМЕЩЕНИЮ ПРОШУ ИЗВЕСТИТЬ:

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

ОБРАБОТКА ЛИЧНЫХ ДАННЫХ

«Baltijas Apdrošināšanas Nams» AAS обрабатывает Ваши персональные данные с целью выполнения страхового договора в соответствии с требованиями нормативных актов Европейского Союза и Латвийской Республики по защите персональных данных. Дополнительная информация об обработке данных: www.ban.lv/ru/privatuma-politika/

Заполняет застрахованное лицо:

Согласие на обработку данных о здоровье:



согласен (-а)



не согласен (-а)

на обработку персональных данных

☐ Моих ☐ моего ребенка _____
/имя, фамилия/ /персональный код/

в том числе на обработку персональных данных особой категории (сенситивных), связанных со здоровьем. Разрешаю «Baltijas Apdrošināšanas Nams» AAS получить персональные данные, в том числе данные о здоровье и медицинскую документацию (в которой указана информация об установленном диагнозе, анамнезе болезни и предыдущее лечение, результаты исследований, подтверждающие диагноз, полученное лечение и срок лечения, выписанные и приобретённые медикаменты и т.п.), от других юридических и физических лиц, в том числе, медицинских учреждений и медицинских персон, с целью обеспечить выполнение страхового договора и получить информацию, чтобы убедиться об объёме страховой защиты.

! У Вас есть право не давать согласие и не подписывать этот бланк, но берите во внимание, что в этом случае Страховщик не сможет предоставить страховые услуги и рассмотреть заявление о возмещении.

ПОДПИСЫВАЯ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, 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 возмещение, и я могу быть призван(-а) к ответственности в установленном нормативными актами Латвийской Республики порядке.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА

Имя, фамилия _____ Дата: _____