

Заявление No. _____

Дело No. _____

Заявление о страховом возмещении для страхования путешествий

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 _____, точное время ____ : ____ . Страна: _____

Город, населенный пункт _____

СООБЩЕНО ЛИ О ПРОИСШЕСТВИИ В СЛУЖБУ СПАСЕНИЯ?

☐ Да ☐ Нет ☐ Smile Assistance

ХАРАКТЕР ПРОИСШЕСТВИЯ

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

* Если риск отмечен * и требует обработку данных о здоровье, Застрахованное лицо заполняет 3 страницу этого заявления.



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

БЫЛИ ЛИ ВЫ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ИЛИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДРУГИХ ОДУРМАНИВАЮЩИХ ВЕЩЕСТВ ВО ВРЕМЯ ПРОИСШЕСТВИЯ?

☐ Нет ☐ Да

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Дата: _____ Время ____ : ____ . Медицинское учреждение _____

ЛИЧНО ОПЛАЧЕННЫЕ РАСХОДЫ

☐ Нет ☐ Да ☐ Если да, указать сумму и валюту _____

ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕМ

Получатель _____

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

№ счета: _____

ПРИЛОЖЕННЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ ДОКУМЕНТЫ (нужное отметить "X")

☐ Медицинские документы: ☐ Чеки (указать кол-во) _____ ☐ Рецепты (указать кол-во) _____

☐ Документы для путешествия: ☐ Билеты ☐ Справка от перевозчика

☐ Счета

☐ Другие документы (указать тип и кол-во) _____

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

«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/kompanija/privatuma-politika/

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА

Подпись _____ Дата: _____

ЗАПОЛНЯЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Заявление принял(-а) _____ Дата: _____

Подпись _____



Согласие на обработку данных о здоровье

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.

Я, _____, _____
/ имя, фамилия / / персональный код /

даю согласие "Baltijas Apdrošināšanas Nams" ЗСО на обработку личных 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.

Подтверждаю, что проинформирован о Политике приватности "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS и о праве в любое время отозвать данное мной согласие. Я проинформирован, что в случае отзыва согласия "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS не сможет выполнить цель для которой было получено согласие и "Baltijas Apdrošināšanas Nams" AAS не сможет предоставить страховые услуги.

МЕСТО И ДАТА:

Место: _____ Дата: _____

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ И ДАТА

Имя, фамилия _____ Дата: _____

Заявление о страховом возмещении для страхования путешествий

Лист 2 из 3

ЗАПОЛНЯЕТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

Заявление принял(-а) _____ Дата: _____

Подпись _____