

Должность, имя, фамилия, подпись \_\_\_\_\_

## Заявление на получение страхового возмещения после несчастного случая

### СТРАХОВАТЕЛЬ

Имя, фамилия / название работодателя \_\_\_\_\_ Полис № \_\_\_\_\_

### ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

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

Адрес места жительства \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_ Контактный тел. \_\_\_\_\_

### ДАТА, ВРЕМЯ, МЕСТО СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Место \_\_\_\_\_

### ХАРАКТЕР СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Бытовая травма    Травма на рабочем месте    Спортивная травма    Травма в результате ДТП    Смерть    другое

### ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

### ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Медицинское учреждение \_\_\_\_\_

### ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ

С \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_, в том числе в больнице \_\_\_\_ дней

### ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Копия страхового полиса \_\_\_\_ шт.    Справка из больницы или от врача \_\_\_\_ шт.    Чеки и квитанции \_\_\_\_ шт.

Рентгеновские и радиологические исследования \_\_\_\_ шт.    Лабораторные исследования \_\_\_\_ шт.    Другие док. \_\_\_\_ шт.

### ПРОЧИЕ ВОПРОСЫ

#### Было ли о происшедшем сообщено полиции?

Нет    Да    Название учреждения \_\_\_\_\_

Имя, фамилия семейного врача застрахованного лица \_\_\_\_\_

### СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ

Перечислением    Название банка \_\_\_\_\_    Номер счёта IBAN \_\_\_\_\_

Имя, фамилия владельца счёта \_\_\_\_\_    Перс. код \_\_\_\_\_

(При выборе «Страховое возмещение выплатить доверенному лицу» следует предъявить доверенность)

### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Тел. \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_ Имя, фамилия, если не является Страхователем \_\_\_\_\_

Своей подписью подтверждаю, что вся предоставленная мной информация является действительной. Если моя информация об обстоятельствах страхового случая является вводящей в заблуждение или недействительной, или же не будут соблюдены распоряжения страховщика, выплата возмещения может быть уменьшена или в ней может быть отказано. Подтверждаю, что разрешаю Латвийскому филиалу Compensa Vienna Insurance Group ADB, per № 40103942087, Vienības gatve 87H, в Риге, как управляющему и/или обработчику личными данными, обрабатывать мои личные данные, в том числе личные данные особой категории и личные коды идентификации (классификации), с целью обеспечить выполнение Страхового договора согласно Закону о страховых договорах, Закону об обработке данных физических лиц и другим нормативным актам, регулирующим обработку личных данных и страховое право. Врачи и медицинские учреждения, к которым обращается Латвийский филиал Compensa Vienna Insurance Group ADB, уполномочиваются предоставить ему необходимую информацию в отношении моего состояния здоровья и медицинского обслуживания.

Дата \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_