



# ЗЯВКА НА ВЫПЛАТУ КОМПЕНСАЦИИ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ



Номер заявки \_\_\_\_\_

## Общая информация

### Страхователь

Название: \_\_\_\_\_

**Застрахованное лицо**      **Номер карточки страхования здоровья If:** \_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_, LV- \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### Страховой случай

Амбулаторное лечение       Лечение в дневном стационаре       Медицинская стационарная реабилитация Лечение в стационаре       Амбулаторная реабилитация (массаж, ЛФ)       Профилактические обследования в связи с рабочими обстоятельствами Покупка медикаментов       Стоматологические услуги       Вакцинация Покупка оптики       Спорт       Другой \_\_\_\_\_ 

### Описание полученных услуг лечения

---

---

---

---

---

---

## Страховую компенсацию выплатить

### Застрахованному лицу

С перечислением на мой банковский счет

Банк: \_\_\_\_\_, номер счета: \_\_\_\_\_

### Доверенному лицу

С перечислением на банковский счет доверенного лица  
(на основании прилагаемой доверенности)

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

Банк: \_\_\_\_\_, номер счета: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_, LV- \_\_\_\_\_

### В приложении следующие документы:

Чеки (количество)       Медицинская документация (количество)       Доверенность (если компенсацию получает доверенное лицо) Квитанции строгой отчетности (количество)       Рецепты (количество)       Другие \_\_\_\_\_ **Прошу компенсировать расходы за лечебные услуги на сумму Ls:** \_\_\_\_\_

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что вышеуказанная информация соответствует действительности. Я осознаю то, что в случае дачи ложной или вводящей в заблуждение информации If P&C Insurance AS Latvijas filiāle имеет право не выплачивать мне или лицу, указанному в договоре страхования, страхового возмещения, и я могу быть привлечён к ответственности в порядке, установленном нормативными актами ЛР.

Своей подписью я подтверждаю, что в соответствии с законом «О защите данных физических лиц» и другими нормативными актами я разрешаю получить, или же в случае, если получатель возмещения, указанный в договоре страхования, застрахованное лицо и лицо, подписывающее заявление на получение возмещения, не являются одним и тем же лицом, то я как лицо, подписавшее заявление на получение возмещения, уже получил и в случае необходимости предъявляю письменное разрешение владельца застрахованного объекта и/или получателя страхового возмещения, указанного в договоре страхования, на то, чтобы If P&C Insurance AS Latvijas filiāle как заведующий системой и оператор данных, для обеспечения действия договора страхования, а также в целях изучения рынка и предложения услуг страхования обработало мои данные или данные владельца застрахованного объекта, или данные получателя страхового возмещения, указанного в договоре страхования, в том числе, но не только чувствительные (уязвимые) данные этого лица, а также разрешаю, чтобы If P&C Insurance AS Latvijas filiāle получило мои данные или данные застрахованного лица, или данные получателя страхового возмещения, указанного в договоре страхования, в государственных учреждениях и органах самоуправления, у физических и/или юридических лиц.

### Подпись застрахованного лица

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_, Подпись \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_ года.