



ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПО СТРАХОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН



№ _____

Страхователь или Получатель возмещения

Имя, Фамилия/Название компании: _____

Персональный код/Дата рождения/Регистрационный №: _____

Адрес проживания в Латвии: _____ LV - _____

Телефон: _____ Е-почта: _____

Застрахованное лицо

Имя, Фамилия: _____

Персональный код/Дата рождения: _____

Адрес проживания в Латвии: _____ LV - _____

Адрес постоянного места жительства: _____

Телефон: _____ Е-почта: _____

Договор страхования

Номер страхового полиса: _____ Страховой период с: _____ по: _____

Происшествие

Дата происшествия: _____ Место происшествия: _____

Расходы: Медицинские расходы Транспортные расходы Расходы на Репатриацию

Описание происшествия: _____

Сумма расходов EUR: _____ Собственный риск EUR: _____

Банковские реквизиты Получателя возмещения

Название банка: _____

SWIFT код: _____ № счета: _____

Приложенные документы

 Копия паспорта Копия вида на жительство Выписка из медицинской карты Чеки, квитанции строгой отчетности Свидетельство о смерти Другое: _____

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 страховое возмещение, и я могу быть привлечён к ответственности в порядке, установленном нормативными актами Латвийской Республики.

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 это заявление на получение возмещения, не являются одним и тем же лицом, то я как лицо, подписавшее это заявление на получение возмещения, уже получил и в случае необходимости предъявлю письменное разрешение Выгодоприобретателя, 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 Выгодоприобретателя, указанного в страховом полисе, в том числе, но не только сенситивные (уязвимые) данные этого лица, а также разрешаю, чтобы If P&C Insurance AS Latvijas filiāle получило мои данные или данные застрахованного, или данные Выгодоприобретателя, указанного в страховом полисе, в государственных учреждениях и органах самоуправления, у физических и/или юридических лиц.

Настоящим удостоверяю, что прилагаемые к заявлению копии документов сделаны мной с оригинала и ему соответствуют. Обязуюсь хранить оригиналы документов, прилагаемых к заявлению, в течении трех лет и предъявить их по требованию If P&C Insurance AS Latvijas filiāle незамедлительно, не позднее, чем через пять рабочих дней.

Имя, Фамилия: _____, Подпись Заявителя: _____

Дата: _____