



ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ



Страхователь

Имя, Фамилия/Название компании:
Персональный код/Регистрационный №:
Адрес: LV -
Телефон: Е-почта:

Выгодоприобретатель (Получатель страхового возмещения)

Имя, Фамилия/Название компании:
Персональный код /Регистрационный №:
Доля %:

Застрахованное лицо

Имя, Фамилия: Персональный код:
Декларированный адрес проживания: LV -
Телефон: Е-почта:
Нетто доходы за предыдущий календарный год (EUR):
Место работы: Занимаемая должность:
Связана ли Ваша работа с повышенным риском? нет да укажите
Занимаетесь ли Вы спортом? нет да укажите вид спорта
Присвоена ли Вам группа инвалидности? нет да укажите группу инвалидности
Требуется ли Вам постоянный уход? нет да укажите
Есть ли у Вас какое-либо хроническое заболевание? нет да укажите
Лечились ли вы от алкогольной, токсической или наркотической зависимости последние 5 лет? нет да укажите
Были ли у Вас травмы за последние 3 года? нет да укажите вид травмы и размер выплаты

Договор страхования

Страховой период с: по:
Страховая защита в силе: 24 часа в сутки в рабочее время Территориальное покрытие: Латвия Весь мир

Страховая сумма (EUR)

Инвалидность в результате несчастного случая: Временная нетрудоспособность (в день):
 Смерть в результате несчастного случая: Расходы на лечение в больнице (в день):
 Переломы костей, травмы: Медицинские расходы:

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, не являются одним и тем же лицом, то я как лицо, подписавшее это заявление, уже получил и в случае необходимости предъявлю письменное разрешение Застрахованного лица или 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, данные Застрахованного лица, или данные Выгодоприобретателя, указанного в страховом полисе, в том числе, но не только чувствительные (уязвимые) данные этого лица, а также разрешаю, чтобы If P&C Insurance Latvijas filiāle получило мои данные или данные Застрахованного лица, 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: