



# ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО ЗДОРОВЬЮ ПО ПОЛИСУ ОСТА



Номер заявления \_\_\_\_\_

## Предъявитель заявления:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Персональный код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

## Лицо, пострадавшее в дорожно-транспортном происшествии:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Персональный код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ LV- \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

## Дата, место, время (точное) происшествия:

\_\_\_\_\_ 201\_\_ года, в \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Город/район: \_\_\_\_\_

Дорога, улица, дом №: \_\_\_\_\_

Происшествие оформлено: Подачей заявления в полицию  Да, № протокола \_\_\_\_\_  Нет

## Убытки, причиненные в результате дорожно-транспортного происшествия в связи с:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Лечение пострадавшего лица                        | <input type="checkbox"/> Расходами на похороны | <input type="checkbox"/> Моральным ущербом |
| <input type="checkbox"/> Временной нетрудоспособностью пострадавшего лица  | <input type="checkbox"/> Потерей кормильца     |  |
| <input type="checkbox"/> Потерей трудоспособности потерпевшим/пострадавшим | <input type="checkbox"/> Другими расходами     |  |

Медицинское учреждение (-ия): \_\_\_\_\_

Описание медицинских услуг: \_\_\_\_\_

## Сведения о транспортном средстве, вызвавшем дорожно-транспортное происшествие:

Страховое общество: \_\_\_\_\_ Полис ОСТА №: \_\_\_\_\_

Марка, модель транспортного средства: \_\_\_\_\_ Гос. рег. №: \_\_\_\_\_

Был ли водитель транспортного средства в состоянии алкогольного опьянения?  Да  Нет

Покинуло ли транспортное средство место происшествия?  Да  Нет

## Описание происшествия:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## К заявлению прилагаются:

Чеки ЕКА \_\_\_\_\_ шт.  Квитанции строгого учета \_\_\_\_\_ шт.  Счета медицинского учреждения \_\_\_\_\_ шт.  Выписки из медицинского учреждения \_\_\_\_\_ шт.

Другие документы: \_\_\_\_\_

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 предъявлю 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 рекламы, обработало и в случае необходимости передало предприятиям страховой группы «If P&C Insurance» мои данные или данные владельца застрахованного объекта, или данные получателя страхового возмещения, указанного в договорестрахования, 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 201\_\_ года

Заявление принял: \_\_\_\_\_

(Заполняет страховщик)



# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ



Номер заявления \_\_\_\_\_

## Предъявитель заявления:

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Персональный код: \_\_\_\_\_

## Прошу выплатить страховое возмещение:

Перечислением на банковский счет

Название банка: \_\_\_\_\_

Номер счета (21 символ):

Владелец счета:

Имя, фамилия/Название предприятия: \_\_\_\_\_

Персональный код/НДС Рег. № \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_, LV- \_\_\_\_\_

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 предъявлю 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 рекламы, обработало и в случае необходимости передало предприятиям страховой группы «If P&C Insurance» 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 \_\_\_\_\_

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(заполняет страховщик)

Дата: \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_ года