

# СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЙ

Заявление о возмещении (Затраты на лечение за границей)



## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Личный код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Страхователь (заполнить в случае, если отличается от заявителя)

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Личный код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Застрахованное лицо (заполнить в случае, если отличается от заявителя)

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Личный код: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Информация о происшествии

Страна: \_\_\_\_\_ Место: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_

Случай:  Болезнь  Несчастный случай  Стоматологическая помощь  Спортивная травма  
 Другое: \_\_\_\_\_

Получили ли Вы от кого-либо компенсацию в связи с этим случаем?  Нет  Да, от кого и в каком размере? \_\_\_\_\_

Находился ли Застрахованный во время происшествия под действием алкоголя, наркотических веществ или медикаментов, не назначенных врачом?  Нет  Да

Описание причин, по которым возникли затраты на лечение:

Диагноз врача:

## Затраты на лечение

### Прилагаемые документы

Выданная врачом справка с указанием диагноза \_\_\_\_\_ шт  Счета и квитанции, подтверждающие расходы \_\_\_\_\_ шт  
 Справка из полиции, если случай был зарегистрирован \_\_\_\_\_ шт  Другое: \_\_\_\_\_

В случае ДТП предоставить:  Заявление и копию протокола из полиции  Название страховой компании виновника ДТП: \_\_\_\_\_

Есть ли у Застрахованного европейская карта медицинского страхования?  Нет  Да Номер и срок действия: \_\_\_\_\_

## Сумма и получатель возмещения

Сумма на возмещение, валюта: \_\_\_\_\_ Расчётный счёт (IBAN), Банк: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Личный код: \_\_\_\_\_

Был ли у Застрахованного заключен аналогичный договор в другой фирме?  Да  Нет  Не знаю

**Подписывая заявление:**

- Соглашаюсь, что AAS BTA Baltic Insurance Company Eesti filiaal (рег. код 11223507) (далее BTA) будет фиксировать телефонные разговоры, устные беседы и прочую информацию, связанную с данным страховым случаем, посредством оборудования звуко- и видеозаписи. BTA вправе использовать данные записи для выяснения и выполнения своих обязательств согласно договору о страховании.

- Я осведомлен(а), что BTA вправе обрабатывать мои личные данные, в т. ч. данные касательно состояния моего здоровья и инвалидности, необходимые для выяснения и исполнения обязательств по договору страхования, а также для предоставления обратного требования и BTA может получать связанные с вышеобозначенным страховым случаем данные от государственных учреждений, третьих лиц и медицинского учреждения(учреждений) и/или от лечащего врача(врачей).

- Я осведомлен(а), что выплата возмещения по страховому случаю осуществляется после предоставления в BTA всех требуемых документов, подтверждающих наличие страхового случая, а также размер ущерба, который возник в результате страхового случая.

- Подтверждаю, что приведенные выше данные являются полными и достоверными. Я осведомлен(а), что в случае предоставления ложной или неполной информации/данных страховщик вправе уменьшить размер страхового возмещения или отказаться от выплаты возмещения, а также об уголовной ответственности на основании статьи 209 (мошенничество) или статьи 212 (страховое мошенничество) Пенитенциарного кодекса. В случае предоставления ложной или неполной информации BTA вправе истребовать все возникшие в связи с этим расходы.

**Заявитель**

---

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Дата/Подпись: \_\_\_\_\_