

СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА

Заявление о возмещении

Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Застрахованное лицо (заполнить, если отличается от Заявителя)

Имя, фамилия/Название: _____ Личный код/Пер.№: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Описание происшествия

Место: _____ Дата: _____ Время: _____

Описание происшествия/пострадавшее имущество

Свидетели

Свидетели (имя и контактные данные):

Приложенные документы

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Удостоверение личности | <input type="checkbox"/> Подтверждающие расходы документы |
| <input type="checkbox"/> Фотографии с места происшествия | <input type="checkbox"/> Список поврежденного имущества |
| <input type="checkbox"/> Справка из полиции | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Сумма и получатель возмещения

Сумма на возмещение, валюта: _____ Номер счета (IBAN): _____

Имя, фамилия/Название: _____ Личный код/Пер.№: _____

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:
