

СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ

Заявление о возмещении

Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Застрахованное лицо

Имя, фамилия/Название: _____ Личный код/Рег.номер: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ э-почта: _____

Сфера деятельности: _____

Договор страхования

Номер полиса: _____

Информация о происшествии

Место: _____ Дата: _____ Время: _____

Описание случая: Смерть застрахованного Временная травма Инвалидность
Несчастный случай произошел: Во время ДТП На тренировке/соревнованиях В свободное время другое _____

Когда впервые после несчастного случая застрахованный обратился к врачу? Дата: _____ Время: _____

Название мед. учреждения и имя врача: _____

Какая часть тела повреждена: _____

Была ли поврежденная часть тела ранее травмирована? Нет Да, когда _____

Описание происшествия и диагноз:

Дополнительная информация

Был ли Застрахованный во время происшествия под действием алкогольных, наркотических средств или медикаментов, не назначенных врачом?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	
Имеются ли иные договоры страхования в отношении данного происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(укажите страховщика)
Несчастный случай произошел во время ДТП? Если несчастный случай произошел во время ДТП, то уточните рег. знак транспортного средства виновника и его страховщика.	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	

Свидетели

Прилагаемые документы

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Копия удостоверяющего личность документа заявителя | <input type="checkbox"/> Выписка из истории болезни _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Справка от врача _____ шт | <input type="checkbox"/> Акт/рапорт о несчастном случае на производстве _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Рентгеновские снимки _____ шт | Желаю их получить назад: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| <input type="checkbox"/> Копия больничного листа _____ шт | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

Сумма и получатель возмещения

- Застрахованный Доверенное лицо (для выплаты возмещения третьим лицам необходима доверенность) Другое _____

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

Имя, фамилия/Название: _____ Личный код/Рег.номер: _____

Дополнительная информация

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: _____