

СТРАХОВАНИЕ ПУТЕШЕСТВИЙ



Заявление о возмещении (несчастный случай или заболевание)

Заявитель:

Имя и Фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Застрахованное лицо:

Имя и Фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Договор страхования:

Номер полиса: _____ Начало действия: _____ Окончание действия: _____

Происшествие:

Страна: _____ Место: _____ Число: _____ Время: _____

Случай:

- Болезнь несчастный случай Стоматологическая помощь ДТП Спортивная травма
- Другое: _____

Получили ли Вы от кого-либо компенсацию в связи с этим случаем?

- Нет Да, от кого и сколько? _____

Находился ли Застрахованный во время происшествия под действием наркотических веществ, алкоголя либо медицинских препаратов?

- Нет Да

Описание возникшей болезни или полученной травмы:

Диагноз врача: _____

Затраты на лечение:

Подписывая заявление:

- Предоставляю AAS „BTA Baltic Insurance Company“ Eesti filiaal (рег. номер 11223507) (далее BTA) право фиксировать с помощью аудиотехники телефонные разговоры, устные беседы и пр. информацию, связанную с рассмотрением данного случая. BTA имеет право на использование вышеуказанных записей для выполнения обязательств по страховому договору. Записи сохраняются в течение установленного законом времени, после чего уничтожаются.
- Подтверждаю, что проинформирован/а о том, что у BTA есть право обрабатывать мои личные данные, в том числе деликатные (информацию о состоянии здоровья), необходимые для выяснения и выполнения обязательств по страховому договору, в соответствии с порядком, установленным Законами о защите личных данных и страховой деятельности.
- Подтверждаю, что вышеприведенные данные достоверны. Оповещен/а, что в случае предоставления неполной или неверной информации, у BTA есть право уменьшить сумму выплаты или отказать в возмещении ущерба, или подать заявление о возбуждении уголовного дела, согласно §209 (мошенничество) и § 212 (страховое мошенничество) Пенинциарного кодекса Эстонии, и требовать возмещения всех возникших в связи с этим расходов.
- Подтверждаю, что оповещен о том, что выплата будет произведена после предоставления BTA всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и возникновения связанных со случаем расходов и их сумму.
- Согласен, что стоимость отправки заказным письмом не подлежащих или подлежащих частичному возмещению документов, будет вычтена из суммы возмещения в случае, если я желаю получить их обратно вышеуказанным путем.
- Подтверждаю, что имею право на подписание данного ходатайства.

Заявитель:

Имя и Фамилия: _____

Число / Подпись: _____

Прилагаемые документы:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Копия страхового полиса | <input type="checkbox"/> Документы, подтверждающие оплату _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Выданная врачом справка с указанием диагноза _____ шт | <input type="checkbox"/> Оригинальные счета и квитанции _____ шт |
| <input type="checkbox"/> Справка из полиции, если случай был зарегистрирован _____ шт | <input type="checkbox"/> Прочее: _____ |

В случае ДТП следует предоставить:

- Заявление и копия протокола из полиции Номер полиса виновника ДТП и название страховой компании: _____

Есть ли у Застрахованного лица европейская карточка медицинского страхования??

- Нет Да Срок действия и номер: _____

Сумма и получатель возмещения:

Сумма на возмещение, валюта: _____ Расчетный счет (IBAN), Банк: _____

Имя и Фамилия: _____ Личный код: _____

Дополнительная информация:

Подписывая заявление:

- Предоставляю AAS „BTA Baltic Insurance Company“ Eesti filiaal (per. номер 11223507) (далее BTA) право фиксировать с помощью аудиотехники телефонные разговоры, устные беседы и пр. информацию, связанную с рассмотрением данного случая. BTA имеет право на использование вышеназванных записей для выполнения обязательств по страховому договору. Записи сохраняются в течение установленного законом времени, после чего уничтожаются.
- Подтверждаю, что проинформирован/а о том, что у BTA есть право обрабатывать мои личные данные, в том числе деликатные (информацию о состоянии здоровья), необходимые для выяснения и выполнения обязательств по страховому договору, в соответствии с порядком, установленным Законами о защите личных данных и страховой деятельности.
- Подтверждаю, что вышеприведенные данные достоверны. Оповещен/а, что в случае предоставления неполной или неверной информации, у BTA есть право уменьшить сумму выплаты или отказать в возмещении ущерба, или подать заявление о возбуждении уголовного дела, согласно §209 (мошенничество) и § 212 (страховое мошенничество) Пениitenciарного кодекса Эстонии, и требовать возмещения всех возникших в связи с этим расходов.
- Подтверждаю, что оповещен о том, что выплата будет произведена после предоставления BTA всех необходимых документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и возникновения связанных со случаем расходов и их сумму.
- Согласен, что стоимость отправки заказным письмом не подлежащих или подлежащих частичному возмещению документов, будет вычтена из суммы возмещения в случае, если я желаю получить их обратно вышеуказанным путем.
- Подтверждаю, что имею право на подписание данного ходатайства.

Все сообщения и решения BTA желаю получать по почте по эл. почте

Заявитель:

Имя и Фамилия : _____

Число / Подпись: _____