

Заявление на возмещение страхования путешествий

Номер полиса _____

Место события: _____

Номер заявления _____

Дата _____
Заполняет страховщик

ЗАЯВИТЕЛЬ

Имя, фамилия /
Название предприятия _____ ПК / Рег.нр. _____

Адрес _____ LV _____

Е-почта _____ Номер телефона _____ Номер мобильного _____

ПОСТРАДАВШИЙ

Имя, фамилия /
Название предприятия _____ ПК / Рег.нр. _____

Адрес _____ LV _____

Е-почта _____ Номер телефона _____ Номер мобильного _____

ДАТА, МЕСТО, ВРЕМЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

ВИД НАНЕСЕННОГО УЩЕРБА

- Медицинские расходы / репатриация Изменения в путешествии Помощь
 Смерть в результате несчастного случая Страхование багажа Другое _____
 Инвалидность в результате несчастного случая Страхование гражданско-правовой ответственности

ОПИСАНИЕ ПРОИСШЕСТВИЯ (в хронологическом порядке)

ПРОИСШЕСТВИЕ ЗАЯВЛЕНО (дата, время)

- Службе поддержки _____
 Организатору путешествия _____
 Страховщику _____
 Авиакомпании _____
 Полиции _____

ВИД ПОЛУЧЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

- Текстовое сообщение на телефон _____
 Уведомление по электронной почте _____
 Уведомление по почте _____

ВОЗМЕЩЕНИЕ ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ

Перечислением пострадавшему лицу

Банк _____

Код _____

Номер счета _____

Перечислением уполномоченному лицу

Имя, фамилия, п.к. _____

Банк _____

Код _____

Номер счета _____

Поставщику услуг

Имя, фамилия / Название _____

ДОКУМЕНТЫ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ НАНЕСЕННЫЙ УЩЕРБ

Выписка из медицинской документации _____ шт.

Счета _____ шт.

Чеки _____ шт.

Документы для путешествия: билеты и другое _____ шт.

Другие _____

Подтверждаю, что информация, изложенная мной в данном Заявлении на страховое возмещение, является правдивой и верной, и понимаю, **informācijas** предоставление какой-либо неверной или неточной информации от моего имени или имени другого лица повлияет на мое право получить страховое возмещение.
Уполномочиваю Страховщика запрашивать и использовать любую информацию и документы, необходимые для определения суммы страхового возмещения.
Подтверждаю, что разрешаю компании Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvijas filiāle, рег. No. 40103942087, Vienības gatve 87h, Рига, как управляющему системой личных данных, обрабатывать мои личные данные и/или данные владельца застрахованного объекта и получателя определенного страхового возмещения, в том числе уязвимые личные данные и личные идентификационные (классификационные) коды с целью обеспечения исполнения условий страхового договора с соответствии с законом "О защите личных данных", и другими нормативными актами Латвийской Республики.

Дата _____
Имя, Фамилия, подпись _____