

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ



Дата ввода

Отметка о получении документов

Страховой полис (серия, номер)

Дело №:

<b>Заявитель</b>	
Имя, фамилия	Персональный код
Адрес	Телефон

<b>Страхователь</b>	
Имя, фамилия	Персональный код
Адрес	Телефон

<b>Застрахованная persona</b>	
Имя, фамилия	Персональный код
Адрес	Телефон

<b>Страховой случай</b>			
<input type="checkbox"/> Плата пациента в амбулаторном мед. учреждении	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Оптика	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Амбулаторные платные мед. услуги	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Реабилитация	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Плата пациента за пребывание в стационаре	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Консультации специалистов	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Платные услуги в стационаре	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Наблюдение беременности, платные роды	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Вакцинация	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Стоматологическое лечение	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Массаж	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Спорт	_____ (сумма)
<input type="checkbox"/> Медикаменты	_____ (сумма)	<input type="checkbox"/> Другие услуги	_____ (сумма)

<b>Страховое возмещение</b>	
Общая сумма	Выплатить
_____	_____
Выплатить	
Наличными (до 50 Ls) <input type="checkbox"/>	филиал _____
Перечисление <input type="checkbox"/>	банк _____ код _____ IBAN счёт _____

<b>Документы на предоставление в Службу гос. доходов прошу направить</b>	
<input type="checkbox"/> По почте	<input type="checkbox"/> Рига, Бирзниека Упиша 12

Я проинформирован о том, что в случае предоставления ложной информации возможен отказ в страховом возмещении и может наступить уголовная ответственность, предусмотренная статьей 177 или 178 Закона об уголовной ответственности. Подтверждаю, что разрешаю «BALVA» AAS как системному куратору и оператору данных, в рамках исполнения страхового договора, обрабатывать, указанные в моем заявлении персональные данные, в том числе, чувствительные сведения и персональный код, согласно Закону о защите персональных данных физических лиц и других нормативных актов ЛР. Этим заявлением доверяю страховщику запрашивать и получать необходимые документы и письменную информацию от других субъектов, в том числе, от врачей, которые лечили и обследовали в связи с несчастным случаем и вследствие других причин, от государственных учреждений и от других страховых компаний в связи с определением суммы страхового возмещения. Извещен, что страховое возмещение будет выплачено только после предоставления всех необходимых документов, которые подтверждают наступление страхового случая, в результате которого появились определенные убытки.

Имя, фамилия \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

<b>Заполняет работник «BALVA» AAS</b>	
Премия страхового полиса	Долг по оплате премии
_____	_____
Дата	Подпись
_____	_____