

# Заявление на выплату возмещения по страхованию от несчастных случаев

## НОМЕР ПОЛИСА

## 1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

Дата наступления страхового случая   .   .

время:  :

Место происшествия

(государство, населенный пункт)

Подано заявление в полицию  Да  Нет

Название правоохранительного органа

Описание происшествия

  
  

Когда была оказана первая медицинская помощь   .   .

Где была оказана первая медицинская помощь?

## 2. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВОМ ДОГОВОРЕ

Страхователь

(имя, фамилия / наименование юридического лица)

п. к. / рег.  
номер

Пострадавшее  
застрахованное лицо

(имя, фамилия)

п. к.

Адрес

(улица, номер дома, город, почтовый индекс)

Телефон

Адрес электронной  
почты

## 3. ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ

справка от врача  результаты диагностических исследований – Rtg, CT, MR (количество)  листы нетрудоспособности (количество)

другое

## 4. РЕКВИЗИТЫ

Страховое возмещение перечислить на банковский счет

Валюта

Название и SWIFT/БИК-код банка (заполнить, если перечисление будет выполнено за пределы Латвии)

Владелец счета

п. к.

## 5. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Заполняя и подписывая заявление на выплату возмещения, я подтверждаю, что:

- ознакомился (-лась) с Политикой конфиденциальности Латвийского филиала ERGO Life Insurance SE (далее в тексте – Страховщик) в области обработки персональных данных, опубликованной на интернет-странице Страховщика <https://www.ergo.lv/lv/par-ergo/privatuma-politika>, а также размещенной в свободном доступе в местах ведения торговли Страховщика;
- при заполнении настоящего заявления от имени другого лица получил (-а) от данного лица разрешение на передачу его персональных данных Страховщику для обработки персональных данных в целях выполнения обязательств, следующих из страхового договора;
- мне известно, что Страховщик вправе обрабатывать мои данные, в том числе запрашивать и получать любую медицинскую информацию о состоянии здоровья, болезнях и травмах Застрахованного (в том числе историю болезни, результаты обследований, рентгенограммы и другие документы), имеющуюся в распоряжении медицинских учреждений/работников, в целях выяснения обстоятельств наступления страхового случая и принятия решения по делу о выплате возмещения;
- приведенная в заявлении информация соответствует действительности, и я соглашаюсь с тем, что в случае предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации Страховщик вправе не выплачивать страховое возмещение или уменьшить его размер, а также привлечь меня к ответственности в порядке, предусмотренном нормативными актами Латвийской Республики.

Имя и фамилия заявителя

п. к.

Разрешаю ERGO отправлять информацию, связанную с делом о возмещении, на адрес электронной почты  Да  Нет

Дата

Подпись

Подпись не требуется, если документ отправляется через портал самообслуживания [www.mansergo.lv](http://www.mansergo.lv).

Заполняет страховой представитель

---

---

---

Итого к выплате, в евро

Дата

Подпись

Заявление принял (имя, фамилия)

Дата