

Заявление для получения возмещения страхования здоровья

Латвийский филиал ERGO Life Insurance SE
 Единый рег.№: 40103336441, ул. Сканстес 50, Рига, LV-1013
 www.ergo.lv

ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННОМ

Имя, фамилия Телефон

Персональный код/ID-номер № карты страхования или полиса

E-mail Страхователь (Предприятие/работодатель)

Фактический адрес места проживания LV-

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ (пожалуйста, отметьте полученную услугу и укажите количество поданных документов)

Амбулаторное лечение (кол-во док-тов)
 Наблюдение беременности, роды (кол-во док-тов)
 Лечение зубов (кол-во док-тов)
 Вакцинация (кол-во док-тов)

Стационарное лечение (кол-во док-тов)
 Амбулаторная реабилитация (массаж, лечебная гимнастика) (кол-во док-тов)
 Приобретение оптики (кол-во док-тов)
 Обязательные проверки здоровья (кол-во док-тов)

Приобретение медикаментов (кол-во док-тов)
 Реабилитация в санатории (кол-во док-тов)
 Спорт (кол-во док-тов)
 Другое (кол-во док-тов)

Сумма расходов (сумма словами)

Страхование тяжелых/критических заболеваний

Амбулаторное лечение (кол-во док-тов)
 Стационарное лечение (кол-во док-тов)
 Медикаменты (кол-во док-тов)
 Реабилитация в санатории (кол-во док-тов)

Сумма расходов (сумма словами)

Страхование путешествий

Медицинские расходы (кол-во док-тов)

Страхование от несчастных случаев

Инвалидность (кол-во док-тов)
 Смерть (кол-во док-тов)

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРЫХ ВОЗНИК СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

(хроническое заболевание, диагноз, бытовая травма, травма на работе, дорожно-транспортное происшествие, спортивная травма и др.)

ВОЗМЕЩЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕМ

(Если для получения возмещения уполномочено другое лицо, то к заявлению необходимо добавить письменную доверенность)

На мой расчётный счёт

№р.счета Банк

Имя, фамилия владельца счета Персональный код/ID-номер

На расчётный счёт доверенного лица (в соответствии с доверенностью приложенной к заявлению)

№р.счета Банк

Заполняя и отправляя заявку на выплату возмещения, я подтверждаю, что:

- вышеприведенные сведения являются моими личными данными, и, выбирая возможность заполнить и подать настоящую заявку Страховщику, я не буду предъявлять Страховщику претензий, если в случае сомнений относительно идентичности лица, заполнившего данную заявку, или соответствия других сведений действительности Страховщик потребует предоставить дополнительную информацию или совершить действия с моей стороны для подтверждения или уточнения информации, указанной в настоящей заявке;
- я ознакомился (-лась) с Политикой конфиденциальности Страховщика в области обработки личных данных, опубликованной на интернет-странице Страховщика: <https://www.ergo.lv/lv/par-ergo/privatuma-politika>, а также доступной в местах ведения торговли Страховщика;
- мне известно, что Страховщик вправе обрабатывать сведения о моем здоровье, запрашивая и получая информацию и документы в медицинских учреждениях и у других лиц для выяснения обстоятельств страхового случая и принятия решения по делу о выплате возмещения;
- приведенная выше информация соответствует действительности, и я осознаю, что в ходе предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации Страховщик вправе не выплачивать страховое возмещение, расторгнуть страховой договор, а также привлечь меня в ответственности в порядке, предусмотренном нормативными актами ЛР;
- обязуюсь не требовать от других учреждений компенсацию возмещенной Страховщиком части расходов, а также хранить оригиналы выданных мне платежных документов в течение 3 (трех) лет и по требованию немедленно предъявить их Страховщику.

Согласен, что ERGO информацию, связанную с делом по возмещению высылает на e-mail Да Нет

Дата подачи заявления Подпись

ЗАПОЛНЯЮТ РАБОТНИКИ СТРАХОВЩИКА

№. дела по возмещению

Всего к выплате EUR Дата Подпись