

Заявление на выплату возмещения по страхованию от тяжелых заболеваний

НОМЕР ПОЛИСА

1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ

Дата диагностирования заболевания . .

Диагноз

Учреждение, в котором диагностировано заболевание
(название, адрес)

Лечащий врач
(имя, фамилия)

Семейный врач
(имя, фамилия, код практики семейного врача, адрес, телефон)

2. СВЕДЕНИЯ О ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ

Страхователь
(имя, фамилия / наименование юридического лица) п. к. / рег. номер

Застрахованный
(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.

Заполняет страховой представитель

Итого к выплате, в евро

Дата

Подпись

Заявление принял (имя, фамилия)

Дата