

**НОМЕР ПОЛИСА**

**ДЕЛО О ВЫПЛАТЕ №**

**1. Сведения о страховом случае**

1.1. Дата страхового случая (происшествия):  .  20  года время  :

1.2. Место происшествия   
(страна, населенный пункт)

1.3. Какие компетентные органы были информированы о происшествии   
(название учреждения)

**2. Сведения о застрахованном**

2.1. Страхователь   
(имя, фамилия/название) п.к./ рег.№

Адрес   
(область, волость, город, улица, № дома, почтовый индекс) телефон

2.2. Третье лицо / потерпевший   
(имя, фамилия/название) п.к./ рег.№

Адрес   
(область, волость, город, улица, № дома, почтовый индекс) телефон

**3. Описание страхового случая:**

Место и время осмотра

Контактное лицо   
(имя, фамилия) телефон

Прошу рассчитанное страховое возмещение перечислить на   
(название банка)

Номер счета  Валюта

Владелец счета   
(Имя, фамилия/название) П.к. рег.номер

Подтверждаю, что изложенные мною сведения являются достоверными и согласен, что в случае предоставления недостоверной информации страховое возмещение может быть уменьшено или в выплате может быть отказано. Настоящим подтверждаю, что разрешаю CAO ERGO Latvija как оператору системы данных и личных данных обрабатывать мои личные данные, в т.ч. данные о состоянии моего здоровья и коды идентификации моей личности, с целью обеспечить исполнение договора страхования в соответствии с законом О защите личных данных физических лиц и прочими нормативными актами ЛР. Обязуюсь не менять вид получения страхового возмещения!

Заявитель   
(Имя, фамилия/ название, должность представителя юридического лица) П.к. / рег. №

Согласен, что связанную с делом о возмещении информацию ERGO высылает по эл. почте Да  Нет  Телефон

Подпись  Адрес эл. почты

Заявление принял  .  20  года