

Заявление на получение страхового возмещения

- несчастный случай
 смерть

При заполнении формы отметьте свой выбор

№ договора: _____ (место и дата)

Заявитель _____
(имя, фамилия)

- Застрахованное лицо
 Наследник
 Выгодоприобретатель
 Страхователь
 Другой _____

Персональный код _____ - _____

Заполняет нерезидент _____
(дата рождения) (удостоверяющий личность документ – номер, дата выдачи, страна и учреждение, выдавшие документ)

Адрес _____

Телефон _____ Эл. почта _____ хочу получать информацию по эл. почте

Заполняется, если заявитель не является застрахованным лицом

Застрахованное лицо _____
(имя, фамилия) (персональный код)

Последнее место работы застрахованного лица _____

Профессия: _____ Телефон: _____

Прошу выплатить страховое возмещение по страховому случаю, который произошел

Дата: _____ Время _____ Страна, город: _____

Описание происшествия (детальное описание события в хронологической последовательности): _____

Первая медицинская помощь была оказана (дата, медучреждение, место, время): _____

Дальнейшее лечение (медучреждение): _____

Был ли выдан Лист нетрудоспособности? Да Нет

К заявлению присоединяю следующие документы: Выписка из мед. документации на _____ листах, в т.ч. рентгенограммы (если таковые имеются) Свидетельство о смерти (предъявив оригинал) Другие справки на _____ листах

Страховое возмещение прошу выплатить перечислением на расчетный счет:

Название банка _____ № счета _____

Получатель возмещения _____
(имя, фамилия) (персональный код)

Подтверждаю, что вся указанная в настоящем заявлении информация является полной и достоверной, и понимаю, что в случае предоставления ложных сведений я несу ответственность в соответствии с законодательством Латвийской Республики. Разрешаю САО «CBL Life», рег. № 40003786859 (далее также - Страховщик) обрабатывать и использовать мои персональные данные, в том числе чувствительные персональные данные (управляющий системой обработки персональных данных – САО «CBL Life», рег. №40003786859, юр. адрес: площадь Републикас, 2А, оператор – АО «Citadele banka», рег. № 40103303559, юр. адрес: площадь Републикас, 2А, и другие операторы, зарегистрированные в установленном законодательством Латвийской Республики порядке) для обеспечения выполнения договора страхования, а также даю свое согласие на передачу этих данных для обработки и хранения перестраховщикам.

Заявление подал/-а: _____
(имя, фамилия) (подпись)

Заявление принял представитель Страховщика:

_____ (имя, фамилия представителя Страховщика) _____ (подпись) _____ (дата)

