

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ ПРИ СТРАХОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ВЬЕЗЖАЮЩИХ ЗА РУБЕЖ

Дело № _____

ЗАСТРАХОВАННЫЙ		
Имя, фамилия	Персональный код □□□□□□ – □□□□□□	
Адрес проживания	LV- □□□□□□	Контактный телефон □□□□□□□□
Страховой полис Серия _____ Nr. _____	Страховая сумма _____	Период страхования с _____.____.____ до _____.____.____.

ДАТА, ВРЕМЯ И МЕСТО НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ			
Страна _____	Город _____	Дата _____	200__ года в ____ часов _____ минут

ХАРАКТЕР СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ		
<input type="checkbox"/> Бытовая травма	<input type="checkbox"/> Травма на рабочем месте	<input type="checkbox"/> Спортивная травма
<input type="checkbox"/> Болезнь	<input type="checkbox"/> ДТП	<input type="checkbox"/> Стоматологическая помощь
<input type="checkbox"/> Задержка рейса	<input type="checkbox"/> Задержка багажа	<input type="checkbox"/> Утеря/порча багажа
<input type="checkbox"/> Другое _____		

БЫЛО ЛИ СООБЩЕНО В МЕДИЦИНСКУЮ СЛУЖБУ ПОМОЩИ О НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ	
<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ, потому что _____

ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	
_____ 200__ года	Медицинское учреждение _____

ЛИЧНО ОПЛАЧЕННЫЕ РАСХОДЫ ЗА ЛЕЧЕНИЕ	
<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ЕСТЬ, на сумму _____

ПРИЛОЖЕННЫЕ ДОКУМЕНТЫ		
<input type="checkbox"/> Счета и чеки _____ шт.	<input type="checkbox"/> Медицинские документы _____ шт.	<input type="checkbox"/> Оригинал страхового полиса
Другие документы _____		

ВИД ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ	
<input type="checkbox"/> Наличными деньгами	<input type="checkbox"/> Перечислением
Банк _____	Номер счета _____
Владелец счета – имя, фамилия _____	Персональный код □□□□□□ – □□□□□□

Согласно закону ЛР «О защите данных физических лиц» разрешаю работнику ААС „Baltikums” предоставлять и обрабатывать мои личные данные, а также врачам-экспертам ААС „Baltikums” ознакомиться с моей медицинской документацией в лечебных учреждениях, чтобы принять решение о выплате страхового возмещения.

Дата _____ Подпись _____ Расшифровка подписи _____

Заполняет работник ААС „Baltikums”

ПРИКАЗ

Выплатить страховое возмещение в размере

Дата _____

Подпись врача-эксперта _____