

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ

Страхование путешествий гость

Дата регистрации
26 января 2023 г.

ПРОИСШЕСТВИЕ

Дата и время происшествия	19.01.2023 16:30
Страна	Италия
Город, населенный пункт	Ortisei

ИНФОРМАЦИЯ ПОЛИСА

Номер полиса	795759352
--------------	-----------

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

Персональный код	310360-11839
------------------	--------------

ПРИЧИНА / ПОДКАТЕГОРИЯ

Заболевание, травма, стоматология	
Травма	
Травма, полученная при активном отдыхе, или спортивная травма	
Лыжный спорт	
Повреждение инвентаря в результате несчастного случая	Нет
Неиспользование лыжного паспорта из-за несчастного случая	Нет

ОПИСАНИЕ ПРОИСШЕСТВИЯ

Kritums sakara ar trešās personas ietiekšanos	
Сумма медицинских расходов (EUR)	1071,15
Обращался/-ась ли в связи с происшествием в службу помощи BALTA?	Нет
Когда выехал/-а из Латвии?	2023-01-11
На каком транспортном средстве?	Автомобиль
Участвовал/-а в соревнованиях?	Нет
Есть ли страхование путешествий в другой страховой компании или в банковской карте на момент происшествия?	Нет
Укажи название страховой компании или Банка и тип карты	

заявитель

Имя, фамилия

Персональный код

Дата

Подпись

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ

Страхование путешествий гость

Дата регистрации

26 января 2023 г.

ДАННЫЕ КОНТАКТНОГО ЛИЦА

Имя, фамилия	Eduards Rezvijs
Номер телефона	+37129226013
Электронная почта	eduards@straujais.lv
Адрес корреспонденции	Rīga, Vaidavas iela, 2/5-290

ВОЗМЕЩЕНИЕ

Имя, фамилия получателя возмещения	Eduards Rezvijs
Персональный код получателя возмещения	310360-11839
Номер банковского счета получателя возмещения	LV66PARX0000226461019

КОММЕНТАРИИ / ПРИМЕЧАНИЯ

--

ПРАВИЛА И УСЛОВИЯ

В соответствии с законом «О защите личных данных физических лиц» вы можете получать информацию только о себе. Подтвердите, что ознакомились с Правилами подачи заявления о возмещении по Страхованию путешествий: Настоящим подтверждаю, что информация, представленная в настоящем заявлении, является достоверной и точной, копии прилагаемых документов сняты с оригиналов и соответствуют таковым. Я проинформирован/ -а о том, что предоставление недостоверных или вводящих в заблуждение сведений может привести к отказу в выплате возмещения. Настоящим подтверждаю, что разрешаю CAO BALTA, как управляющему системой и оператору личных данных, обрабатывать мои личные данные, включая чувствительные личные данные и коды личной идентификации (классификации), в целях обеспечения выполнения договора страхования в соответствии с законом «О защите личных данных физических лиц» и другими нормативными актами ЛР.

Настоящим удостоверяю, что ознакомился/ась и соглашаюсь со всеми правилами и условиями.

заявитель

Имя, фамилия

Персональный код

Дата

Подпись