

## Заявление о возмещении по страхованию гражданско-правовой ответственности

<b>Информация о страховом полисе</b>	Номер полиса:
<b>Страхователь / Застрахованное лицо</b>	Наименование:
	Регистрационный номер:
	Тел.: <span style="float: right;">Э-почта:</span>
<b>Информация о заявителе страхового случая</b>	Имя, фамилия:
	Персональный код:
	Адрес:
	Тел.: <span style="float: right;">Э-почта:</span>
<b>Информация об ущербе</b>	Дата и время наступления ущерба:
	Место, адрес наступления ущерба:
	Были ли проинформированы компетентные учреждения? Если да, уточните, какие
	Описание страхового случая
<b>Лицо / Учреждение, которому нанесен ущерб</b>	Наименование / Имя, фамилия:
	Рег.№ / Персональный код:
	Адрес:
	Тел.: <span style="float: right;">Э-почта:</span>
<b>Примерный размер ущерба</b>	
<b>Прочие страховые полисы, по которым можно возместить нанесенный ущерб? Если имеются, просьба указать информацию</b>	
<b>Прилагаемые документы</b>	

## Согласие на обработку персональных данных

Латвийский филиал АО Seesam Insurance (далее Seesam), в целях выполнения обязательств, вытекающих из договора на услугу, обработает персональные данные в соответствии с Политикой приватности Seesam (см. [www.seesam.lv/par-seesam/privatuma-politika](http://www.seesam.lv/par-seesam/privatuma-politika)). Данные будут обработаны в том объеме и порядке, необходимом для обеспечения выполнения договора.

В связи с вышеизложенным:

Разрешаю обрабатывать и хранить мои персональные данные	Да	Нет
Разрешаю ОАО "Seesam Insurance AS Latvijas filiāle", как Управляющему данными, обрабатывать мои данные о здоровье	Да	Нет
Согласен/-на получать предложения об акциях и скидках, а также новости	Да	Нет
Согласен/-на получать особые индивидуальные предложения по страхованию	Да	Нет
Согласен/-на участвовать в опросах в целях усовершенствования имеющихся услуг и создания новых	Да	Нет
Подтверждаю, что предоставленная мной информация является актуальной и подлинной	Да	Нет

Данным я обязуюсь предоставлять всю имеющуюся в моем распоряжении информацию об упомянутом происшествии, а также сотрудничать в целях получения дополнительной информации, необходимой для рассмотрения данного заявления. Если предоставленная мной информация об обстоятельствах происшествия является неверной и вводящей в заблуждение, а также если я не буду выполнять распоряжения страховщика, размер страхового возмещения может быть уменьшен или в его выплате может быть отказано.

Имя, фамилия \_\_\_\_\_ Место, дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_