

## ФОРМА ПРЕТЕНЗИИ ПРИ ПРОИСШЕСТВИИ/НЕОЖИДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Пожалуйста, отправьте эту форму вместе с оригиналами счетов и чеков по адресу:

IDA Insurance Ltd – DAN Building • Level 1 • Sir Ugo Mifsud Street Ta'Xbiex, XBX 1431, Malta.

Любые копии необходимо направить по адресу: [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu). Пожалуйста, заполните все детали в соответствующих полях.

**\*\* Обозначают обязательные поля для заполнения.**

### Подача претензии:

Внимательно следуйте инструкции, указанной ниже, чтобы ваша претензия была обработана быстро и эффективно.

1. Обо всех инцидентах следует сообщать в Международный Тревожный центр DAN Europe, Национальный тревожный центр, или в отдел претензий IDA Insurance Ltd по адресу: [claims@idassure.eu](mailto:claims@idassure.eu), как только это будет осуществимо после даты несчастного случая/болезни.
2. Ваша обязанность-доказать, что у Вас есть обоснованные претензии. С этой целью мы убедительно просим Вас предоставить за свой счет всю информацию, необходимую страховщикам для обработки Вашей претензии.
3. Мы рекомендуем Вам сохранить копию этой формы претензии и любых других документов, которые Вы отправляете в отдел претензий IDA Insurance Ltd, для Вашего собственного учета.

### ДЕТАЛИ О ЧЛЕНЕ DAN\*\*

Имя \_\_\_\_\_

DAN-ID \_\_\_\_\_

Страна проживания \_\_\_\_\_

### ПРЕТЕНЗИИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ДАЙВИНГУ / ПРОИСШЕСТВИЯМ ВНЕ ДАЙВИНГА / НЕОЖИДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ:

С КЕМ ВЫ СВЯЗАЛИСЬ В НАЧАЛЕ? \*\*

**DAN Europe**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЦЕНТР

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

ДРУГОЕ: (уточнить) \_\_\_\_\_

КАКОЙ ДОКТОР ВАС ПРИНЯЛ ПЕРВЫМ?

(Адрес, факс, телефон, e-mail) \_\_\_\_\_

ПЕРВОЕ МЕСТО ЛЕЧЕНИЯ?

(Адрес, факс, телефон, e-mail) \_\_\_\_\_

ИНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ЦЕНТРЫ/ДОКТОРА?

(Адрес, факс, телефон, e-mail) \_\_\_\_\_

ВАШ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ?

(Адрес, факс, телефон, e-mail) \_\_\_\_\_

ЕСТЬ ЛИ У ВАС ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ СТРАХОВКА? \*\*

НЕТ

ДА

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

(Название страховой компании (-ий) и контактную информацию, номер полиса (-ов), копию документов полиса (-ов) и проч.)

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ 1		СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ 2	
Название	_____		
Адрес	_____		
Тел./Факс	_____		
E-MAIL	_____		
№ полиса	_____		

ВЫ УЖЕ УВЕДОМИЛИ О ПРОИСШЕСТВИИ/НЕОЖИДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ДРУГОГО СТРАХОВЩИКА/ОВ?  NO  YES

УКАЖИТЕ правильное поле по которому вы подаете претензию\*\*  **ДАЙВИНГ ЧП**  **ЧП ВНЕ ДАЙВИНГА**

### ДЕТАЛИ ЧП В ДАЙВИНГЕ

Дата происшествия / /  Дайв с берега  Дайв с лодки  Яхта с проживанием / Сафари-бот  
ДД ММ ГГГГ

Страна и место инцидента .....

Уровень сертификации ..... Обучающее агентство .....

Дайв-бадди или свидетели  
(ИМЯ, ТЕЛЕФОН/ФАКС, E-MAIL) .....

### ДЕТАЛИ ПОГРУЖЕНИЯ

КОЛ-ВО ДНЕЙ С ПОГРУЖЕНИЯМИ ..... КОЛ-ВО ДАЙВОВ, ПРОВЕДЕННЫХ В ТЕ ДНИ .....

МАКС. ГЛУБИНА СЕРИИ ДАЙВОВ (МЕТРЫ) .....

КОЛ-ВО ДАЙВОВ В ДЕНЬ ПРОИСШЕСТВИЯ ..... ИНТЕРВАЛ НА ПОВЕРХНОСТИ  
МЕЖДУ ДАЙВАМИ (МИН.) .....

МАКС. ГЛУБИНА ПОСЛЕДНЕГО ДАЙВА (МЕТРЫ) .....

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОСЛ. ДАЙВА (МИН.) ..... СИМПТОМЫ ДО ДАЙВА  НЕТ  ДА

ВРЕМЯ ВНИЗУ ПОСЛ. ДАЙВА (МИН.) .....

ПРОПУЩЕННАЯ ДЕКО ОСТАНОВКА  НЕТ  ДА РЕЗКОЕ ВСПЛЫТИЕ  НЕТ  ДА

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ГАЗ НА ГЛУБИНЕ:	ДЫХАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ:
<input type="checkbox"/> Воздух <input type="checkbox"/> Нитрокс ..... %	<input type="checkbox"/> SCUBA, ОС (Открытый цикл) <input type="checkbox"/> Иное:
<input type="checkbox"/> Тримикс <input type="checkbox"/> Гелиокс	<input type="checkbox"/> SCR (Полузакнутый цикл)
Тип баллона	<input type="checkbox"/> CCR (Закнутый цикл) Резерв
ОДИНОЧНЫЙ СПАРКА	<input type="checkbox"/> Ручной контроль <input type="checkbox"/> Электронный контроль Резерв
Размер баллона:	Ребризер: (тип)

**ВАШ ДАЙВ-КОМПЬЮЕР:** ..... ЕСТЬ ЛИ ЛОГ ПОГРУЖЕНИЙ В ДОСТУПНОСТИ?  НЕТ  ДА

ПРИЛОЖИТЕ К ДОКУМЕНТАМ ПРЕТЕНЗИИ КОПИЮ ЭЛЕКТРОННОГО ЛОГА ПОГРУЖЕНИЯ (ЕСЛИ ДОСТУПНО/ВОЗМОЖНО)

**ПРОБЛЕМЫ С ДАЙВ-ОБОРУДОВАНИЕМ**  НЕТ  ДА

### ДЕТАЛИ ПРОИСШЕСТВИЯ ВНЕ ДАЙВИНГА / НЕОЖИДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ / / ДД ММ ГГГГ

СТРАНА ИНЦИДЕНТА ИЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИМПТОМОВ .....

ДАТА НАЧАЛА ПОЕЗДКИ / / ..... ПЛАНИРОВАННАЯ ДАТА ВОЗВРАТА В СТРАНУ ПРОЖИВАНИЯ / / ДД ММ ГГГГ

Дата, когда вы покинули указанную страну проживания .....

ПОМИМО ЭТОГО ПУТЕШЕСТВИЯ, ВЫ ПУТЕШЕСТВОВАЛИ ЗА ПРЕДЕЛАМИ СВОЕЙ СТРАНЫ ПРОЖИВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 12 МЕСЯЦЕВ?  НЕТ  ДА

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ПУТЕШЕСТВИЯ (-ИЙ) ..... ДНЕЙ

#### В СЛУЧАЕ АВАРИИ НА МОТОЦИКЛЕ:

БЫЛИ ЛИ У ВАС ИЛИ ВОДИТЕЛЯ, ЕСЛИ ВЫ БЫЛИ ПАССАЖИРОМ, ДЕЙСТВУЮЩИЕ МОТОЦИКЛЕТНЫЕ ПРАВА?  NO  YES

КАКОВ БЫЛ ОБЪЕМ ДВИГАТЕЛЯ МОТОЦИКЛА?

## ФОРМА ПРЕТЕНЗИИ ПРИ ПРОИСШЕСТВИИ/НЕОЖИДАННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ИЛИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СОБЫТИЙ, ПРИВЕДШИХ К НЕСЧАСТНОМУ СЛУЧАЮ ИЛИ НЕОЖИДАННОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ, В СВЯЗИ С КОТОРЫМИ ВЫ ПОДАЕТЕ ПРЕТЕНЗИЮ - **Обязательное поле\*\***

### Важное уведомление о защите данных:

Страховщик и его аффилированные лица обрабатывают персональные данные в соответствии с положениями применимого законодательства о защите данных и соответственно принимают Ваше разрешение на обработку таких данных для следующих целей или для любых других целей, несовместимых или противоречащих этому законодательству:

- i. Обновление записей (ручных или электронных) Страховщика и / или его аффилированных лиц;
- ii. Управление Вашим страховым полисом, андеррайтинг, обработка и урегулирование претензий, обнаружение, предотвращение и пресечение мошенничества и ведение статистики на анонимной основе;
- iii. Передача данных между Страховщиком и его аффилированными лицами, включая VING Insurance Brokers Ltd и Divers Alert Network (DAN) Europe;
- iv. Получение медицинской информации о Вас и, соответственно, принятие Вашего разрешения для любого врача, больницы, лаборатории или другой страховой компании на раскрытие полной информации о Вас Страховщику и / или любому из его аффилированных лиц;
- v. Информирование Вас, без обязательств делать это, о любых новых услугах, предоставляемых нами, или любых изменениях в законодательстве, политике или практике, которые могут Вас заинтересовать, по электронной почте, факсу или другим электронным средствам.

Вы также заявляете, что понимаете, что имеете право запрашивать доступ к своим личным данным.

Пожалуйста, свяжитесь с IDA Insurance Ltd - Департамент претензий в письменной форме для получения дополнительной информации.

**Я заявляю, что в меру моих знаний и предположений, утверждения, сделанные в этой форме, являются истинными и полными.**

**Подпись** .....

**Дата** .....

ДД ММ ГГГГ

\*Для форм, отправленных непосредственно по электронной почте, просто введите свое имя в поле подписи. - Необходимо подписать печатную копию этого бланка. (Смотрите стр.1 - "Поддача претензии" - No.3)