

## ЗАЯВА-ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО НАСТАННЯ НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ (ЗАЯВА НА ВИПЛАТУ)

1. ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (П.І.Б.) \_\_\_\_\_

Адреса проживання \_\_\_\_\_

Контактний телефон (дом.) \_\_\_\_\_ (моб.) \_\_\_\_\_ (e-mail) \_\_\_\_\_

Страховальник \_\_\_\_\_

Договір страхування \_\_\_\_\_

ЗАЯВНИК -  Застрахована особа  П.І.Б. \_\_\_\_\_

2. Дата, місце та час настання події: \_\_\_\_\_

3. Причини та обставини нещасного випадку \_\_\_\_\_

- Чи була ця травма наслідком участі в спортивних змаганнях, тренуваннях або занять?  Так  Ні

- Чи була ця травма отримана під час виконання професійних обов'язків?  Так  Ні

- Застрахована особа має інші договори страхування від нещасних випадків / страхування життя?  Ні

Так, страхова компанія \_\_\_\_\_ страхова сума \_\_\_\_\_.

4. Остаточний діагноз \_\_\_\_\_

5. Первинна допомога надавалась (назва медичного закладу, лікар) \_\_\_\_\_

6. Належну мені виплату страхового відшкодування прошу здійснити наступним чином:

Згідно наданої довідки банку з реквізитами  через систему масових виплат ПриватБанку

На картку ПриватБанку № \_\_\_\_\_ П.І.Б. \_\_\_\_\_

Згідно зазначених реквізитів: № рахунку в банку \_\_\_\_\_

МФО Банку \_\_\_\_\_ код ЄДРПОУ банку \_\_\_\_\_ Назва банку \_\_\_\_\_

П.І.Б. отримувача \_\_\_\_\_

ІНПП \_\_\_\_\_

Призначення платежу \_\_\_\_\_

зарахувати рахунок оплати страхової премії іншого договору страхування ТДВ "СГ "ОБЕРІГ" № \_\_\_\_\_

7. До цієї заяви-повідомлення додаю:

копію паспорту, ІНПП застрахованої особи (заявника)

копію свідоцтва про народження дитини (для застрахованих осіб віком до 16 років)

копію договору страхування (страхового посвідчення) № \_\_\_\_\_

Деталізована належним чином оформлена довідка медичного закладу встановленої форми (завірена печаткою лікаря та штампом медичного закладу), в якій повинні бути зазначені: дата та час звернення до медичного закладу, чіткий розбірливий діагноз та характер травм.

Виписка з карти амбулаторного (стаціонарного) хворого завірена підписом лікаря та печаткою (штампом) мед. закладу.

Довідка банку з реквізитами для отримання страхового відшкодування.

Інші документи: \_\_\_\_\_

Своїм підписом заявник (Застрахований) підтверджує, що: попереджений, що в разі надання неповної та неправдивої інформації або при порушенні мною умов страхування, не може розраховувати на виплату страхового відшкодування, отже Страховик має право на відмову. Повідомлені мною відомості є достовірними і повними. Дозволюю любому медичному закладу, в який я (Застрахований) звертався, і лікарям, які проводили обстеження і лікування, надавати страховій компанії на її запит необхідну повну інформацію про стан мого (його) здоров'я Заявник цим документом дає згоду на обробку його (Застрахованого) персональних даних, згідно з вимогами Закону України „Про захист персональних даних” з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних ТДВ "СГ "ОБЕРІГ". Цим документом Заявник підтверджує, що повідомлений, про те, що його (Застрахованого) персональні дані включені в базу персональних даних ТДВ "СГ "ОБЕРІГ" і вони можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України „Про захист персональних даних” Заявнику (Застрахованому) відомий і зрозумілий. Заявник підтверджує, що раніше Страховальник отримував від застрахованої особи згоду на страхування. Здійснена страховиком страхова виплата згідно цієї заяви в розмірі згідно "Таблиці розмірів виплат" є повним виконанням Страховиком своїх зобов'язань по страховому випадку зазначеному в цій заяві.

ЗАЯВНИК " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_

підпис

П.І.Б.