

Заява про здійснення страхової виплати

Загальна інформація

Дата випадку

Інформація про випадок: _____ / _____ / _____ р.

Серія: _____ № Договору: _____ Діє з дати: _____ / _____ / _____ р.

Ризик, що відбувся:

Дожиття Критичні захворювання Швидка допомога Тимчасова втрата працездатності або травматизм

Смерть Госпіталізація Хірургічне втручання Інвалідність або стійка втрата працездатності

Відомості про Застраховану особу

ПІБ Застрахованої особи*: Прізвище* _____ Ім'я* _____ По батькові* _____

Відомості про Вигодонабувача

ПІБ Вигодонабувача*: Прізвище* _____ Ім'я* _____ По батькові* _____

Адреса реєстрації*:

Індекс _____ Область / район: _____ Місто / Селище _____

Вулиця _____ Буд. _____ Корп. _____ Кв. _____

Адреса для листування (Заповнюється, якщо не співпадає з адресою реєстрації):

Індекс _____ Область / район: _____ Місто / Селище _____

Вулиця _____ Буд. _____ Корп. _____ Кв. _____

Контактні телефони*:

Моб.* (____) _____ Дом. (____) _____ e-mail _____

* поля, обов'язкові для заповнення

Опис випадку (детальний опис причин, обставин та наслідків випадку)

Спосіб отримання страхової виплати (потрібно відмітити знаком)

- перерахувати на мій банківський рахунок (платіжну картку) за наступними реквізитами:
- перерахувати кошти до довимоги через **Аваль - експрес***

Повна назва банку _____

МФО банку _____

ЄДРПОУ банку _____

Особистий або поточний рахунок _____

№ Карткового рахунку або платіжної банківської картки _____

Транзитний рахунок банку _____

* - з суми виплати буде утримано 1,5% комісії банку

Документи, що додаються до цієї заяви (потрібно відмітити знаком)

- Договір (поліс) страхування - оригінал.
- Договір (поліс) страхування - копія.
- Копія паспорта та ідентифікаційного коду Вигодонабувача.
- Реквізити для здійснення страхової виплати (рахунок повинен бути у національній валюті).
- Оригінали медичних довідок або документації з лікувально-профілактичної установи, що оформлені належним чином (з печатками лікувально-профілактичної установи)
- Листки про тимчасову втрату працездатності (лікарняні листки)
- Документ, що доводить, що Застрахована особа є живою (нотаріальне свідоцтво) - для випадку «Дожиття»
- Нотаріально посвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи - для випадку смерті.
- Копія лікарського свідоцтва про смерть Застрахованої особи - для випадку смерті.
- Документ, що підтверджує факт, причини та обставини настання страхового випадку, виданий компетентним органом державної влади (МВС, Прокуратура тощо)
- Інші документи _____
- _____
- _____

Додаткова інформація про установи, що можуть надати інформацію за страховим випадком:

Адреса та телефон лікувально-профілактичної установи, в якій Застрахована особа перебувала на обліку/лікуванні:

Адреса та телефон компетентних органів, що ведуть слідство за фактом події:

Правильність та достовірність наданої інформації підтверджую

Підпис Вигодонабувача

ПІБ

Дата заповнення

Увага! Вигодонабувач має відповісти на всі питання опитувальника

Опитувальник

1. Чи належите Ви до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб? *

Так Ні

* Терміни «національні публічні діячі», «іноземні публічні діячі», «діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях», «близькі особи», «пов'язані особи» вживаються в значенні, визначеному Законом України № 1702-VII «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 14.10.2014 року.

1.1. Якщо Ви відповіли «так», пропонуємо добровільно надати офіційні документи та/або інформацію для встановлення належності до національних або іноземних публічних діячів, діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях або пов'язаних з ними осіб, а також надати документи, що підтверджують джерела походження активів, прав на такі активи, коштів тощо (якщо вважаєте цю інформацію відкритою (публічною)). Якщо вважаєте цю інформацію конфіденційною, вкажіть «не додаю»

1.1.1. Відношення до вищевказаних осіб та їх дані

Серія Номер паспорта Ким та коли виданий

1.1.2. Назву та реквізити офіційних документів, що дають можливість з'ясувати джерела походження коштів (такі документи мають додаватися до даного опитувальника):

2. Чи є Ви фізичною особою - підприємцем?

Так Ні

2.1. Вкажіть, будь ласка, номер Вашого банківського рахунку та реквізити банку, в якому цей рахунок відкрито (у разі наявності):

Повна назва банку МФО / S.W.I.F.T. Номер рахунку
 Країна Поштовий індекс Область/район Населений пункт
 Вулиця Будинок Корпус Офіс

Вид Вашої діяльності

Якщо Ви є фізичною особою - підприємцем, разом із даним Опитувальником надайте, будь ласка, виписку або витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб – підприємців.

Приймаю на себе зобов'язання у разі зміни інформації, наведеної в цьому опитувальнику, або закінчення строку дії документів, на підставі яких він заповнювався, протягом десяти робочих днів з дня настання вказаних подій надати наново заповнений опитувальник (у разі, якщо термін надання мені послуг не буде вичерпаний), а також надавати заповнений опитувальник та передбачені у ньому документи за першою вимогою Страховика.

Своїм підписом засвідчую, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України "Про захист персональних даних" я повідомлений про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних наданих мною, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані (з урахуванням вимог визначених Законом України "Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення")