

вхід. № \_\_\_\_ від \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

відмітка Страхової компанії про отримання Заяви-повідомлення та додаткових документів

**Заява-повідомлення про настання події з ознаками страхового випадку**

 **та отримання страхової виплати**

Зверніть увагу!

Документ заповнюється друкованими літерами. Документ без зазначення номера договору страхування, П.І.Б. заявника, інформації про страхову подію, порядок здійснення страхової виплати,

без підпису та дати заповнення не приймається.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, будучи

 прізвище, ім'я, по батькові повністю

□ Застрахованою особою □ Вигодонабувачем □ Спадкоємцем за законом Застрахованої особи □ Законним представником Застрахованої особи, згідно з Договором \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, від «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. прошу розглянути надані мною документи та здійснити страхову виплату в зв'язку з настанням страхової події, зазначеної в п.3 даної заяви:

**1. Інформація про Заявника** (всі поля є обов'язковими для заповнення)

Дата народження «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. РНОКПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, що посвідчує особу: паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, коли виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ким виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Фактична адреса проживання: країна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поштовий індекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, населений пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, будинок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, корп.\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, е-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Застрахована особа за Договором страхування** (вказати якщо не співпадає із Заявником)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 прізвище, ім'я, по батькові повністю

дата народження «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. РНОКПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Інформація про подію** (обов'язково відмітити одну або більше подій):

дата настання події (смерть, нещасний випадок, захворювання, тощо) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р.,

Діагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ смерть Застрахованої особи:

дата смерті «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_р., причина смерті \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

місце смерті \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ інвалідність Застрахованої особи:

дата встановлення інвалідності: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р., група інвалідності: □ перша □ друга □ третя

Причина інвалідності: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

□ тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи,

період непрацездатності з «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_р. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_р.

□ критичне захворювання: діагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Первісна дата встановлення діагнозу «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_р.,

**4. Обставини події** (обов'язкові до заповнення)

Обставини та опис страхового випадку (детально - дата, місце події, обставини, перебіг події, діагноз, лікування, наслідки та ін.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назва та адреса Лікувального закладу, в який Застрахована особа звернулася відразу після настання події \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назва та адреса Лікувального закладу, в якому Застрахована особа проходила лікування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи була викликана для даного випадку швидка медична допомога, працівники поліції: □ так □ ні

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. Підпис Заявника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Для підтвердження страхового випадку до даної заяви додаються наступні документи**:

□ Договір страхування з підписом Застрахованої особи кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Кредитний договір з підписом Застрахованої особи кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Паспорт, що посвідчує особу Заявника (усі сторінки із записами) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Довідка про присвоєння ідентифікаційного номера Заявника кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Акт розслідування нещасного випадку на виробництві (форма Н-1 або НВП) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Постанова про відкриття/закриття кримінального провадження правоохоронними органами,

 Витяг з ЄРДР кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Результати висновків судово-медичного дослідження (експертизи) (зазначення інформації

про остаточну причину настання нещасного випадку; наявність алкоголю в крові у ‰;

наявність наркотичних та токсичних речовин)(форма 170-о,171-о) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Медичні довідки (форма 027/о); Виписні епікризи; Виписки з історії хвороби (амбулаторного)

 стаціонарного хворого; Висновки лабораторних, рентгенографічних, діагностичних досліджень кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Копія листка непрацездатності завірена відділом кадрів роботодавця або медзакладом кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Анкета-опитувальник фізичної особи-Заявника кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

**При настанні смерті Застрахованої особи -додатково:**

□ Нотаріально завірена копія Свідоцтва про смерть кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Довідка про причину смерті – додаток до форми №106о кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Лікарське свідоцтво про смерть, Висновок судово-медичної експертизи - форма №106о кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Медична амбулаторна карта Застрахованої особи із записами лікарів за останні 5 років кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Медичні довідки (форма 027/о); Виписні епікризи; Виписки з історії хвороби

 (амбулаторного) стаціонарного хворого; Висновки лабораторних, рентгенографічних,

діагностичних досліджень кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Копія Довідки МСЕК та Листок реабілітації особи з інвалідністю кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Документи, що підтверджують право на отримання страхової виплати та ступінь

 споріднення Вигодонабувача із Застрахованою особою/Страхувальником

(Свідоцтво про право на спадщину, Свідоцтво про народження, Свідоцтво про одруження тощо) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

**При встановленні інвалідності - додатково:**

□ Оригінал довідки МСЕК про встановлення інвалідності (чи її нотаріально завірена копія) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

□ Виписка з лікувального закладу про стан здоров'я з переліком діагнозів, на підставі яких

 була встановлена інвалідність (Виписний епікриз та Листок реабілітації особи з інвалідністю) кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

 Інші медичні документи *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* кількість аркушів \_\_\_\_\_\_\_;

**Всього передано документів**: **кількість аркуші**в \_\_\_\_\_\_\_;

**6. Спосіб перерахування коштів страхової виплати (**вибрати один із варіантів**):**

□ переказ коштів на розрахунковий рахунок у банку (**Увага!** Необхідно надати довідку з банку з реквізитами рахунку):

Банк (назва та місцезнаходження)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Розрахунковий рахунок: UA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МФО банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЄДРПОУ банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РНОКПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

додаткова інформація \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ перерахувати Вигодонабувачу згідно умов Договору страхування

**7. Декларація**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(П.І.Б.):

Надаю згоду ПРАТ «Страхова компанія «УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПОЛІС» на обробку моїх персональних даних, вказаних в даній Заяві-повідомленні, яка пов'язана із збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, знищенням відомостей про мене. Я надаю дозвіл використовувати дану інформацію тільки для вирішення питань, що пов'язані із страхуванням, для прийняття рішення про страхову виплату.

Підтверджую, що на усі питання цієї Заяви-повідомлення надав/надала повні і правдиві відповіді згідно з інформацією, яка мені відома. Я усвідомлюю, що надання помилкової інформації щодо події, яка може бути визнана страховим випадком, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати.

 Підписанням цієї Заяви-повідомлення надаю ПРАТ «Страхова компанія «УНІВЕРСАЛЬНИЙ ПОЛІС» право отримувати будь-яку інформацію про обставини та наслідки події, що може бути визнана страховим випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію про стан здоров’я Застрахованої особи, подаючи офіційні запити та звернення до правоохоронних органів, банків, медичних закладів та інших підприємств, установ і організацій, що володіють такою інформацією.

Дата підписання: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_р. Підпис Заявника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_