

ЗАЯВА

Про настання страхового випадку за договором, що укладений відповідно до програми страхування «Перша допомога»

Я, _____ (ПІВ)

Серія ____ номер паспорту _____ що виданий _____
дата видачі _____,

є Застрахованою особою/ Вигодонабувачем/ Спадкоємцем Застрахованої особи (необхідне підкреслити) за Договором добровільного страхування № _____
від « ____ » _____ 20__ р.,

повідомляю ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ» про настання наступної події:

Подія: Смерть Застрахованої особи/Інвалідність Застрахованої особи (1 або 2 група)/Тілесні пошкодження (необхідне підкреслити)

Дата події: « ____ » _____ 20__ р.

Місце події

Причина та обставини події (що і як трапилося):

Для підтвердження Страхового випадку подаю наступні документи (документи, що додаються необхідно відзначити «галочкою»):

У випадку Смерті Застрахованої особи:

- копію Договору страхування;
- нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи, видана відділом РАЦС або іншим уповноваженим на це державним органом;
- офіційний медичний висновок про смерть (або посмертний епікриз), який видається медичним закладом, де була зареєстрована смерть;
- оригінал (нотаріально засвідчена копія) довідки про смерть, яка видається РАЦС, якщо в довідці вказана причина смерті;
- копія заключної частини акту судово-медичної експертизи з результатами судово-хімічних експертиз та інших досліджень, засвідчену печаткою органів МВС або прокуратури;
- Інші документи, які видані уповноваженими державними органами (МВС, МНС, Прокуратурою та т.п.) та які встановлюють наслідки та обставини смерті Застрахованої особи.

(вказати)

У разі присвоєння Застрахованої особи вперше 1-ї (першої) та 2-ї (другої) групи інвалідності:

- копію Договору страхування;
- висновок/довідка МСЕК про присвоєння Застрахованій особі 1-ї (першої) та 2-ї (другої) групи інвалідності або їх нотаріально-засвідчені копії;
- документ, який встановлює причину інвалідності (який встановлює точну назву захворювання або, який підтверджує, що інвалідність є наслідком нещасного випадку), якщо в якості причини інвалідності у висновку МСЕК вказано «Загальне захворювання», або застосоване інше формулювання причини інвалідності, яке не дозволяє належним чином встановити причину інвалідності та/або той факт, що настання інвалідності є прямим наслідком нещасного випадку;
- виписка з амбулаторної карти із зазначенням дати першого звернення, встановленого діагнозу та проведеного лікування;
- рентгенограми (при переломах будь-якої локалізації);
- оригінал документу (Довідка, Постанова, Протокол) відповідного органу МВС, МНС, Прокуратури, оформлений по факту нещасного випадку, або іншого документу, засвідченого органом, який видав оригінал документу;
- Інші документи

(вказати)

У випадку тілесних пошкоджень в результаті нещасного випадку:

- копію Договору страхування;
 - довідка із травмпункту або виписки (виписний епікриз) з історії хвороби, видані медичним закладом, куди була доставлена Застрахована особа для надання першої медичної допомоги, із зазначенням дати звернення та поставленого діагнозу / наданої допомоги;
 - виписки із амбулаторної карти із зазначенням дати першого звернення, поставленого діагнозу та проведеного лікування;
 - рентгенограми (при переломах будь-якої локалізації);
 - Інші документи
- _____

(вказати)

Реквізити для перерахування страхової виплати.

Прошу провести страхову виплату за наступними реквізитами:

ПІБ отримувача	
Назва банку	
МФО Банку	
Ідентифікаційний код	
Розрахунковий рахунок	
Додаткова інформація	

Адреса місця реєстрації Заявника:

Адреса місця фактичного перебування
Заявника:

Телефон (з кодом міста): _____, Адреса електронної пошти: _____ @
ПІБ Заявника _____ / _____ (підпис) Дата «___» _____ 20__ р.

Підписуючи цю Заяву, я надаю згоду на обробку моїх персональних даних ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ДОВІРА ТА ГАРАНТІЯ» (04071, м. Київ, вул. Спаська 5), ПАТ «Банк Форвард» (01032, м. Київ, вул. Саксаганського 105).

Я надаю свою згоду на обробку (в тому числі збір, систематизацію, накоплення, зберігання, уточнення, оновлення, зміну, розповсюдження, передачу (включаючи трансграничну передачу), знеособлення, блокування та знищення) моїх персональних даних. Така згода дається мною:

- на обробку персональних даних у будь-який спосіб, в тому числі як з використанням засобів автоматизації (включаючи програмне забезпечення), так і без використання засобів автоматизації (з використанням різних матеріальних носіїв, включаючи паперові носії);

- по відношенню до будь-якої інформації, що стосується мене, отриманої як від мене, так і від третіх осіб, включаючи: прізвище, ім'я, по-батькові, данні документа, що посвідчує особу, відомості про дату видачі вказаного документу та орган, що його видав, дату народження, стать, адресу реєстрації, адресу місця фактичного проживання, сімейне положення, посада, дохід, номери контактних телефонів й адреса електронної пошти, реквізити, необхідні для зарахування грошових коштів на банківський рахунок;

- з метою виконання Договору страхування, просування продуктів (послуг) Страховика на ринку, для просування спільних продуктів Страховика та / або продуктів (товарів, послуг, результатів інтелектуальної діяльності) третіх осіб - партнерів Страховика;

- на весь строк мого життя, при цьому я розумію, що я можу відкликати свою згоду шляхом направлення Страховику письмового повідомлення.

Також я даю свою згоду на отримання від Страховика рекламних матеріалів Страховика, спільних продуктів Страховика та третіх осіб, в тому числі по мережах електрозв'язку (включаючи телефонний зв'язок), допускаю участь у опитуваннях, що проводяться з метою підвищення якості послуг, що мені надаються.

(у випадку згоди, Заявником проставляється будь-яка відмітка)

ПІБ Заявника _____ / _____ (підпис) Дата «___» _____ 20__ р.