

ЗАЯВА

Про настання страхового випадку за договором, що укладений відповідно до програми страхування «Зростай великим!»

Я, _____ (ПІВ)

Серія ____ номер паспорту _____ що виданий _____

_____ дата видачі _____,

є Страхувальником / Вигодонабувачем / Підопічним Застрахованої особи (необхідне підкреслити) за Договором добровільного страхування № _____

від «____» _____ 20__ р.,

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

Подія: Інвалідність Застрахованої особи (категорія «дитина-інвалід») / Тілесні ушкодження та / або Хірургічні операції Застрахованої особи, що стали прямим наслідком Нещасного випадку (необхідне підкреслити)

Дата події: «____» _____ 20__ р.

Місце події

Причина та обставини події (що і як трапилось):

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

У випадку Інвалідності Застрахованої особи:

- копію Договору страхування;
- оригінал або копію висновку МСЕК про присвоєння Застрахованій особі вперше категорії «Дитина-інвалід»;
- оригінал або копію документу, який підтверджує, що причиною інвалідності став Нещасний випадок, якщо це не відображено в медичній книжці і в якості причини інвалідності у висновку МСЕК зазначено «загальне захворювання», або застосоване інше формулювання причини інвалідності, яка не дозволяє належним чином встановити, що настання інвалідності стало прямим наслідком Нещасного випадку;
- Інші документи

(вказати)

У випадку Тілесних ушкоджень в результаті Нещасного випадку та / або Хірургічних операцій Застрахованої особи, що стали прямим наслідком Нещасного випадку:

- копію Договору страхування;
- виписаний епікриз / епікризи з медичних установ, в яких Застрахована особа отримувала медичну допомогу у зв'язку з Тілесними ушкодженнями, або в яких проводилася Хірургічна операція, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку, що послужив причиною настання Страхової події;
- документ, що дозволяє належним чином встановити причину Тілесних ушкоджень або проведення Хірургічної операції і той факт, що настання Тілесних ушкоджень або необхідність проведення Хірургічної операції з'явилися прямим наслідком Нещасного випадку, що стався протягом Терміну страхування, встановленого по відношенню до Застрахованої особи, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку, що послужив причиною настання Страхової події;
- 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): _____, Мобільний телефон: _____

Адреса електронної пошти: _____

ПІВ 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 документа 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)

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