

ЗАЯВА

Про настання страхового випадку за договором, що укладений відповідно до
«Програми добровільного страхування від нещасних випадків утримувача
банківських платіжних карток»

Я, _____ (ПІВ)

Серія ____ номер паспорту _____ що виданий _____

_____ дата видачі _____,

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

від « ____ » _____ 20 ____ р.,

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

Подія: Інвалідність Застрахованої особи (1 або 2 група) / Тілесні ушкодження Застрахованої
особи / Хірургічна операція, що була проведена Застрахованій особі / Госпіталізація
Застрахованої (необхідне підкреслити)

Дата події: « ____ » _____ 20 ____ р. **Час події:** _____

Місце події

Причина та обставини події (що і як трапилось):

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

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

- копія паспорту;
- копія ІНН;
- копію Договору страхування;
- довідка МСЕ про встановлення Страхувальнику 1-й (першої) або 2-ї (другої) групи інвалідності вперше, або разом з довідкою МСЕ про встановлення інвалідності 1-ї (першої) або 2-ї (другої) групи повторно - довідку (довідки) МСЕ про встановлення Страхувальнику 3-й (третьої) групи інвалідності за весь період аж до встановлення інвалідності 1-ї (першої) або 2-ї (другої) групи повторно (згідно з визначенням Постійної втрати працездатності);
- документ уповноваженого органу, що встановлює причину інвалідності (встановлює, що причиною інвалідності з'явився Нещасний випадок), зокрема, якщо в якості причини інвалідності у висновку МСЕ зазначено «загальне захворювання», або застосована інше формулювання причини інвалідності, що не дозволяє належним чином встановити причину інвалідності та / або той факт, що наступ інвалідності стало прямим наслідком Нещасного випадку (наприклад, наступні документи: зворотний талон або направлення на МСЕ або виписка з амбулаторної карти і т.д.);
- документ, що підтверджує встановлення Страхувальнику 1-й (першої) або 2-ї (другої) групи інвалідності вперше, в тому числі такими документами можуть бути: довідка (довідки) МСЕ, акт (акти) МСЕ, напрямок (напрямки) на МСЕ, виписка з амбулаторної карти поліклініки, де Застрахована особа перебувала на обліку за місцем проживання
- виписку з амбулаторної карти Страхувальника за місцем його (її) проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності (із зазначенням їх дат та причин) або направлення на МСЕ (із зазначенням їх дат та причин);
- рентгенограми (при переломах будь-якої локалізації);
- інші документи

(вказати)

У випадку тілесних ушкоджень Застрахованої особи / хірургічної операції, що була проведена Застрахованій особі / госпіталізація Застрахованої особи в результаті нещасного випадку (необхідне підкреслити):

- копія паспорту;
- копія ІНН;
- копія Договору страхування;
- виписаний епікриз / епікризи з медичних установ, в яких Страхувальник отримував медичну допомогу у зв'язку з тілесними ушкодженнями, або проходила Хірургічна операція або Госпіталізація, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку, що послужив причиною настання Страхової події. У разі Госпіталізації виписаний епікриз із стаціонару повинен встановлювати точні дати початку і закінчення та кількість днів стаціонарного лікування;
- документ, що дозволяє належним чином встановити причину тілесних ушкоджень або проведення Хірургічної операції і той факт, що наступ тілесних ушкоджень або необхідність проведення Хірургічної операції з'явилися прямим наслідком Нещасного випадку, що стався протягом Терміну страхування, встановленого у відношенні до Страхувальника, з обов'язковим зазначенням дати Нещасного випадку, що послужив причиною настання Страхової події;
- виписку з амбулаторної карти Страхувальника за місцем його (її) проживання за останні 5 років із зазначенням загального фізичного стану, поставлених діагнозів і дат їхньої постановки, запропонованого й проведеного лікування, дат госпіталізацій і їхніх причин, встановлених груп інвалідності (із зазначенням їх дат та причин) або направлення на МСЕ (із зазначенням їх дат та причин) або направлення на МСЕК (із зазначенням їх дат та причин);
- 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): _____, Мобільний телефон: _____

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 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)

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