

# ТАЄМНИЦЯ СТРАХУВАННЯ\*

Страхова компанія "Еталон"

## ЗАЯВА НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

ЗА ДОГОВОРОМ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ № \_\_\_\_\_ - 03\_ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ р.

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	П.І.Б.	дата народження	число	місяць	рік	р.
ідентифікаційний номер	адреса, телефон <small>область, район, місто/село, вулиця, будинок, кв. оф., телефон</small>					

Цією Заявою повідомляє, що з нею:

СТАЛАСЯ ПОДІЯ	дата	число	місяць	рік	р.	стислий опис події

у зв'язку з чим було здійснено звернення:

<input type="checkbox"/> ДО СЕРВІСНОЇ КОМПАНІЇ СТРАХОВИКА	<input type="checkbox"/> ДО ЛІКАРЯ	назва медичного закладу							
дата звернення	число	місяць	рік	р.	дата звернення	число	місяць	рік	р.

ДІАГНОЗ											
ТЕРМІН ЛІКУВАННЯ	з	число	місяць	рік	р.	по	число	місяць	рік	р.	ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ
зазначена на картці Застрахованої особи											

ОПИС ПОНЕСЕНИХ ВИТРАТ											

СТРАХОВУ ВИПЛАТУ ПРОШУ ЗДІЙСНИТИ	шляхом перерахування на особистий рахунок в установі банку (заповнення всіх реквізитів є обов'язковим):											
	IBAN										МФО	
	назва банку											
	номер картки											

ДО ЗАЯВИ ДОДАЮ ДОКУМЕНТИ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ <small>необхідне позначити</small> <input checked="" type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	копія паспорту або документу, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою										
<input type="checkbox"/>	копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру										
<input type="checkbox"/>	копію свідоцтва про народження Застрахованої особи (для дитини)										
<input type="checkbox"/>	копію Договору, що належить Страхувальнику (Застрахованій особі), для ознайомлення										
<input type="checkbox"/>	картка Застрахованої особи										
<input type="checkbox"/>	копію медичної довідки (виписку з амбулаторної карти, історії хвороби, консультаційний висновок тощо)										
<input type="checkbox"/>	рецепти на придбання ліків										
<input type="checkbox"/>	квитанції, чеки або інші платіжні документи, що підтверджують сплату медичних послуг та медикаментів										
<input type="checkbox"/>	копію свідоцтва про державну реєстрацію медичної установи, що надала платні медичні послуги Застрахованій особі										
<input type="checkbox"/>	копію ліцензії(ій) медичної установи на всі види послуг, які були надані та сплачені Застрахованою особою										
<input type="checkbox"/>	копію свідоцтва медичної установи про сплату єдиного податку, якщо медична установа зареєстрована як фізична особа підприємця										
<input type="checkbox"/>	інші документи:										

Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моєю довіреною особою) є повною і правдивою. Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації, ПАТ "Страхова компанія "Еталон" має право відмовити у страховій виплаті.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ р. (дата заповнення Заяви)

ЗАЯВНИК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ М.П. П.І.Б. СТРАХОВИК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ підпис М.П. П.І.Б.

\* Цей документ містить інформацію, що становить таємницю страхування. Відповідно до Закону України «Про страхування», інформація що міститься в цьому документі не підлягає розголошенню та використанню на користь третіх осіб