

## ТАЄМНИЦЯ СТРАХУВАННЯ\*

Страхова компанія «Еталон»

## ЗАЯВА НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ № \_\_\_\_\_ Від \_\_\_\_\_ р.

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

Цією Заявою повідомляє, що з нею сталася подія:

ДАТА ПОДІЇ	число	місяць	р.	МІСЦЕ ПОДІЇ	країна
------------	-------	--------	----	-------------	--------

у зв'язку з чим було здійснено звернення:

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

ДІАГНОЗ									
ТЕРМІН ЛІКУВАННЯ	з	число	місяць	р.	по	число	місяць	р.	ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ зазначена на бланку Договору страхування

ОПИС ПОДІЇ									

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

ДО ЗАЯВИ ДОДАЮ ДОКУМЕНТИ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ  необхідно позначити

<input type="checkbox"/>	копія паспорту громадянина України, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою
<input type="checkbox"/>	копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру
<input type="checkbox"/>	копія внутрішнього паспорту та копія закордонного паспорту (свідоцтва про народження) Застрахованої особи
<input type="checkbox"/>	копію Договору, що належить Страхувальнику (Застрахованій особі)
<input type="checkbox"/>	проїзні документи в тому випадку, якщо їх вартість має бути компенсована Страховиком за умовами Договору страхування
<input type="checkbox"/>	оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних послуг, медико-транспортних та супутніх послуг
<input type="checkbox"/>	квитанції про оплату наданих медичних, медико-транспортних та супутніх послуг
<input type="checkbox"/>	рецепти з назвами ліків, завірені відповідним лікарем
<input type="checkbox"/>	документи Спеціалізованої служби Страховика (Асистенсу) щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком
<input type="checkbox"/>	документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір збитків, понесених внаслідок настання страхового випадку
<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 _____ / _____ / _____	СТРАХОВИК _____ / _____ / _____

\* 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