Страхувальника / Застрахованої особи /
Вигодонабувача / іншої особи
(необхідне підкреслити)
за Договором страхування
№ _____

від «____» _____20 _____ року

_____
прізвище, ім'я, по батькові Заявника (повністю)

_____
адреса Заявника: поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт,

_____
вулиця, будинок № , квартира №

_____ _____@_____
контактний телефон та e-mail Заявника

_____
родинний або інший зв'язок Заявника із Застрахованою особою

Заява про настання події та на страхову виплату

Прошу розглянути питання про визнання події, яка мала місце із Застрахованою особою страховою:
☐ Смерть Застрахованої особи
☐ Встановлення Застрахованій особі інвалідності
☐ Тимчасова непрацездатність Застрахованої особи
☐ Госпіталізація Застрахованої особи
☐ Травматичні ушкодження
☐ Виникнення критичного захворювання Застрахованої особи
☐ Виникнення захворювання Застрахованої особи

1. Дата події: Час:

2. Інформація про Страхувальника

П.І.Б./ Назва організації:

П.І.Б. співробітника відділу кадрів *(для юр. осіб)*:

Адреса:

Телефон, електронна адреса *(контакти)*:

3. Інформація про Застраховану особу

П.І.Б.:

Адреса *(повна)*:

Телефон, електронна адреса *(контакти)*:

4. Інформація про договір

Договір страхування № _____ від _____

Термін дії з _____ по _____

Вигодонабувачі: ☐ Застрахована особа ☐ інша особа (наведіть нижче контактні дані)

П.І.Б.: _____

Адреса *(повна)*:_____

Телефон/електронна адреса *(контакти)*:_____

5. Інформація про подію

5.1. Адреса, де сталася подія *(повна)*: _____
_____

а) у випадку смерті вказати адресу, де настала смерть: *(вдома / лікарня / інше)*_____
_____

5.2. Обставини настання події, що має ознаки страхового випадку

а) ☐ ДТП; ☐ Нещасний випадок на виробництві; ☐ нещасний випадок в побуті; ☐ хвороба.

Надайте подробиці_____

б) Зазначте чи були проінформовані компетентні органи, які саме (назва і адреса), дату та час їх повідомлення:_____
_____
_____
_____

5.3. Наведіть інформацію про медичні заклади, в яких надавалась медична допомога (назва і адреса):_____
_____
_____
_____

Діагноз, встановлений медичною установою: _____

6. Форма страхової виплати

Прошу перевести страхову виплату на банківський рахунок за наступними реквізитами:
Отримувач:_____

☐ **Перерахувати на банківський рахунок:** №_____

☐ **картковий рахунок:** №_____

Назва банку / Відділення _____

Код ЄДРПОУ (ЗКПО) _____ МФО _____

7. Документи, які додаються до заяви:

8. Додаткова інформація від ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ\ВИГОДОНАБУВАЧА (особи, яка має право писати заяву та отримувати страхову виплату)

_____

_____

8.1. Інші договори страхування життя Застрахованої особи: _____

Я підтверджую, що надані мною дані стосовно події відповідають дійсності. Я усвідомлюю, що у випадку подання мною неправдивих даних Компанія має право відмовити у визнанні події страховою та не проводити страхову виплату.

8.2. У разі несвоєчасного надання повідомлення про настання страхового випадку (пізніше ніж через 10 робочих днів з моменту настання випадку) надайте письмове роз'яснення в довільній формі щодо причини несвоєчасного повідомлення.

(Термін повідомлення страхової компанії визначається згідно умов договору страхування) : _____

_____

«Заявник - фізична особа, шляхом підписання цієї Заяви, надає Страховику згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цій Заяві так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі врегулювання збитків та проведення страхової виплати, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД, з метою виконання вимог законодавства, договору страхування та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Заявник - фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб, яким передаються його ПД».

Застрахована особа\Вигодонабувач\Особа, яка заявляє

(якщо ця особа не є постраждалим за цією заявою)

Дата: «___»_____ _____р. підпис_____