

ПрАТ ГРАВЕ УКРАЇНА Страхування
життя Застрахованої особи
за полісом № _____

п.і.б.

Що проживає за адресою:

Номер телефону: _____

E-mail: _____

Заява

Прошу здійснити страхову виплату за випадком:

- Госпіталізації (тариф КНХЗ)
 Операції (тариф КОХЗ)
 Критичні захворювання (тариф GDX1)

Термін стаціонарної госпіталізації _____

Дата проведення операції: _____

Причина госпіталізації/операції (діагноз): _____

Назва та адреса медичного закладу: _____

До даної заяви додаються копії наступних документів:

1. Виписки із історії хвороби (епікриз), завірена "мокрою" печаткою лікувального закладу;
2. Листків непрацездатності;
3. Оригінал медичної карти амбулаторного хворого (буде повернено);
4. Копію декларації з сімейним лікарем;

Інше _____ ;

Інше _____ .

Дата: _____

Підпис: _____

Примітка:

- ✓ Страхувальник також надає свою згоду на отримання СМС-повідомлень від Страховика будь-якої тематики, що не порушує норм діючого законодавства України, не суперечить їм, та у будь-який час як у робочі так і у вихідні та святкові дні.