***ЗАЯВА***

***про настання страхового випадку та страхову виплату***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Страхувальник/ Застрахована особа  (повне найменування/ ПІП) |  | | |
| Адреса проживання Страхувальника/  Застрахованої особи |  | | |
| ПІП Застрахованої особи, з якою стався страховий випадок |  | | |
| Контактний тел. Страхувальника/Застр.особи |  | *E-mail* |  |

***Сталася наступна подія, яка може бути визнана страховою, згідно Договору страхування***

|  |  |
| --- | --- |
| Договір страхування СК "ГРАВЕ УКРАЇНА",  дата укладення |  |
|  |  |
| Термін дії договору страхування,  ліміт відповідальності |  |
|  |  |
| Тип договору Страхування |  |

Відомості про подію

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Час |  | Дата |  | Місце події |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Причини страх. події (зайве викреслити) | | 1. Раптове (гостре) захворювання | | | | | | 1. Нещасний випадок | | | |
| Обставини страхового випадку (описати докладно) | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Симптоми у разі раптового (гострого) захворювання та/або встановлений діагноз (згідно п.1) | | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Ушкодження, отримані в результаті нещасного випадку (згідно п.2) | | ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | | |
| Де і ким була надана медична допомога | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Перелік наданої медичної допомоги (описати докладно) | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| Чи зверталися Ви до Сервісної компанії (зайве викреслити) | | ***Виключно для Договорів страхування МА, ДМС ТУР, ДМС*** | | | ***так*** | | | ***ні*** | | | |
| Дії та рекомендації Сервісної Компанії | | ………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………….………….………………………………………………………………………………………...………………..…………………………………………………………………………………..……………………..……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Сума здійснених витрат (самостійно не конвертується, вказується у тій валюті, що й сума, зазначена у наданих документах) | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Детальний перелік документів,  що додаються та підтверджують  факт настання страхового  випадку (для типу договору  **НВ** та **НВК**) та здійснені витрати  (для **МА**, **ДМС ТУР**, **ДМС**) | | | |  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...….. | | | | | | |
| Належну суму страхового відшкодування прошу виплатити наступним чином  *(зайве викреслити*): | | | | | | | | | | | |
| перерахуванням на банківський рахунок  *(вказати реквізити)* | | | | | |  | | | | | |
| Одержувач | | |  | | | | | | | | |
| Банк Одержувача | | |  | | | | | | МФО |  | |
| **IBAN UA \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | | | | | | | | | | | |

**Чи являєтесь Ви національним публічним діячем (РЕР)?   «ТАК» «НІ»**

**Чи являєтесь ви членом сім'ї РЕР, або  особою , пов'язаною з РЕР? «ТАК» «НІ»**

*Я ознайомлений (а), що у випадку надання невірних, неповних або недостовірних відомостей про випадок, створенні перешкод Страховику або його представнику у розслідуванні обставин та визначенні розміру збитку, Страховик має право зменшити суму відшкодування або відмовити у виплаті*

*Мене повідомлено, що мої персональні дані включено в базу персональних даних Страховика, повідомлено про мету їх збору та обробки. Мною надано згоду, дозвіл та право Страховику на збирання, використання, зберігання, передачі третім особам та/або в інший спосіб здійснення обробки моїх персональних даних у відповідності до Закону України «Про захист персональних даних». Зі своїми правами, як суб’єкта персональних даних, ознайомлений*

*Заяву заповнив/ла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Підпис \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(П.І.Б)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Дата отримання заяви у структурному підрозділі СК*** |  |
| ***Місце отримання заяви (назва відокремленого підрозділу СК)*** |  |
| ***ПІП та підпис уповноваженої особи – Представника СК, яка прийняла Заяву*** |  |
| ***Дата отримання документів у ГО СК*** |  |
| ***ПІП та підпис уповноваженої особи ГО – Представника СК*** |  |
| **Примітки** |  |