

**Перелік документів, які потрібно надати Страховику для отримання страхового відшкодування в залежності від виду отриманих та сплачених за власний кошт послуг:**

1. Заява на страхову виплату на офіційно затвердженому бланку, з обов'язковим заповненням всіх зазначених пунктів (додаток 1). При необхідності, щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку і причину чому Вам самотійно необхідно було оплатити послуги (пункт 3 Додатку1), Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви.

2. Копія Договору страхування (полісу)

3. Документи, що підтверджують застраховану особу:

- копія довідки про надання індивідуального податкового номеру;
- копія закордонного паспорту (всі сторінки з відмітками);
- копія паспорту громадянина України,
- Свідоцтва про народження дитини (якщо застрахованою особою є дитина), з вказівкою прізвища батька або матері, того хто є заявником. Якщо дитина усиновлена - копія свідоцтва про усиновлення або опікунство.

а також:

4. у разі захворювання:

- звіт лікаря із зазначеним діагнозом та даними про окремі лікувальні процедури (**оригінал**); У разі травми - результати дослідження на предмет перебування Застрахованої особи під час випадку в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп'яніння; квитанції (чеки) про оплату послуг лікаря/лікарні (оригінали);
- рецепти ліків, приписаних лікарем Застрахованій особі і квитанції (чеки) про оплату, де зазначено вартість кожного придбаного медикаменту (оригінали),
- за вимогою Страховика -- інші необхідні документи, пов'язані з хворобою;

5. у разі нещасного випадку:

- документи вказані в п. 1,2,3,4;
- довідку з медичної установи, в якій має бути вказаний діагноз та інформація про вміст алкоголю, наркотичних або токсичних речовин у крові потерпілої Застрахованої особи на момент нещасного випадку, або відразу після нього;
- складений за кордоном офіційний протокол або довідку про нещасний випадок, де обов'язково повинна бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт нещасного випадку, та їх повноваження на виконання таких дій, адреси та/або номери телефонів;
- детальний опис обставин нещасного випадку та ролі Застрахованої особи в ньому;

6. у випадку смерті:

- документи вказані в п. 1,2,4;
- складений за кордоном офіційний протокол або довідку про настання смерті в результаті нещасного випадку, де обов'язково повинна бути вказана така інформація: посадові особи, що засвідчують факт смерті в результаті нещасного випадку, та їх повноваження на виконання таких дій, адреси та/або номери телефонів,
- офіційне свідоцтво про смерть, видане на території України,

7. документи, що підтверджують право на спадщину (копію свідоцтва про право на спадок; копію національного паспорта спадкоємця (1 і 2 сторінки); копію довідки про привласнення ідентифікаційної коди спадкоємцеві у випадку встановлення групи інвалідності:

- документи, вказані в п.5.
- документ, виданий компетентним медичним закладом України про встановлення Застрахованій особі групи інвалідності,

8. у разі настання інших подій передбачених Договором страхування:

- документи, вказані в п. 1,2, 3
- документи, що підтверджують характер наданих послуг
- У випадку, якщо по яких-небудь причинах Застрахований не зможе отримати страхове відшкодування особисто, додатково надаються:
- нотаріально завірене доручення на право здобуття страхового відшкодування, видана уповноваженій особі;
- копія національного паспорта уповноваженої особи (1 і 2 сторінки);
- копія довідки про привласнення ідентифікаційного коду уповноваженій особі.

**ПРИМІТКА:**

У випадку покриття Страховиком витрат на повернення Застрахованої особи до міста постійного проживання, медичну евакуацію/репатріацію на умовах передбачених Договором страхування, невикористаний зворотній квиток Застрахованої особи здається Страховику.

У випадку, якщо необхідні документи не можуть бути надані Страховику відразу після надання заяви на страхову виплату, Застрахована особа повинна надати ці документи протягом 3 (трьох) робочих днів після їх оформлення (одержання Застрахованою особою), але не пізніше 1 (одного) року з моменту повернення в Україну.

Страховик має право вимагати від Застрахованої особи надання інших документів з обов'язковою вказівкою, який саме документ запитується.

Усі документи, що підтверджують витрати, повинні містити такі реквізити: фірмовий бланк, печатка (або персональний штамп, якщо це рахунок лікаря), підпис відповідальної особи підрозділу або закладу, що надав послуги (якщо це рахунок або рецепт лікаря), деталізовані рахунки за супутні послуги. У випадку надання документів, що не відповідають вищезгаданним вимогам, документи визнаються дійсними тільки в тому випадку, коли такі вимоги до оформлення документів прийняті в країні тимчасового перебування

## В СК "АХА Страхування"

від \_\_\_\_\_ (Заявник\*)

Який проживає \_\_\_\_\_

Моб. тел. \_\_\_\_\_

паспорт № \_\_\_\_\_

виданий \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ р.

Ідентифікаційний №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Заява

про настання події, що має ознаки страхового випадку  
(за договором страхування подорожуючих за кордон)

1. П.І.П. Застрахованої особи \_\_\_\_\_

який (-а) є громадянином України (необхідне позначити):

Так	<input type="checkbox"/>
Ні	<input type="checkbox"/>

2. № договору страхування \_\_\_\_\_

3. Де і коли відбулася подія, що має ознаки страхового випадку (країна, місто, дата та час настання події): \_\_\_\_\_

4. Чи звертались в Асистуючу компанію, Дата звернення \_\_\_\_\_

4.1 Причина та обставини події, що має ознаки страхового випадку (В довільній формі описати випадок. У разі хвороби - симптоми хвороби, коли виникли, куди звертались. У разі нещасного випадку - причину та обставини; Якщо було звернення в Асистуючу компанію, то чому оплатили послуги самостійно):

4.2. Назва закладу, яким були надані послуги (медична допомога, медикаменти, інше) \_\_\_\_\_

4.3 Діагноз, встановлений медичною установою: \_\_\_\_\_

4.4. Яка допомога була надана (поставити позначку):

Амбулаторно - поліклінічна допомога	<input type="checkbox"/>	Стационарна допомога	<input type="checkbox"/>
Швидка або невідкладна допомога	<input type="checkbox"/>	Стоматологічна допомога	<input type="checkbox"/>
транспортування	<input type="checkbox"/>	Інша	<input type="checkbox"/>

4.5. Витрати на **послуги** (медичні та ін.) склали \_\_\_\_\_ у.о.

4.6. Витрати на придбання **медичних препаратів** склали \_\_\_\_\_ у.о.

4.7. В зв'язку з настанням події прошу розглянути питання про виплату відшкодування витрат в сумі, **всього** \_\_\_\_\_ у.о.

5. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та витрати, додаю (необхідне позначити):

1	Копія паспорту України (1,2 стр., та сторінка з пропискою)	<input type="checkbox"/>
2	Копія довідки про ідентифікаційний номер	<input type="checkbox"/>
3	Копія закордонного паспорту, всі сторінки з відмітками	<input type="checkbox"/>
4	Копія страхового полісу (сторінка на якій зазначено дані Застрахованої особи)	<input type="checkbox"/>
5	<b>Оригінали</b> чеків (квитанцій) про сплату, в кількості _____ шт., на суму _____	<input type="checkbox"/>
6	<b>Оригінал</b> медичного рапорту (мед. заключення лікаря) від _____	<input type="checkbox"/>
7	Рахунки за надані послуги в кількості _____ шт, на суму _____	<input type="checkbox"/>
8		
9		
10		
11		

6. Прошу здійснити страхову виплату згідно з Договором страхування (необхідне позначити):

**а) через систему "Аваль-Експрес"**

(в будь-якому відділенні АППБ „Аваль” на території України при пред'явленні паспорту та довідки про ідентифікаційний номер)

**б) перерахувати на мій особистий рахунок за такими реквізитами:**

---

---

---

---

---

---

---

---

\*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.

\* З підписанням даної заяви надаю згоду та уповноважую працівників страхової компанії «АХА Страхування» на отримання будь-якої інформації, що стосується страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів.

Дата заповнення " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(підпис) П.І.П.

Документи отримав: \_\_\_\_\_  
(в регіональному підрозділі, прізвище, підпис, дата)

Документи прийняті: \_\_\_\_\_  
(в центральному офісі, прізвище, підпис, дата)