



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 в сумі, **всього** \_\_\_\_\_ у.о.

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

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 чеків (квитанцій) про сплату, в кількості _____ шт., на суму _____</b>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Оригінал медичного рапорту (мед. заключення лікаря) від _____</b>	<input type="checkbox"/>
7	<b>Рахунки за надані послуги в кількості _____ шт, на суму _____</b>	<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.

\* Signing this Applicationform I agree and authorize AXA Insurance's employees to receive any information at any organizations including but not limited polyclinic, hospitals and other health care facilities, any doctors and specialists as regards to insurance event and my health.

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

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
П.І.П.

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

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