

**Повідомлення про настання події
та на виплату страхового відшкодування**

№ справи _____

Загальна інформація

1. Дата події:	Час:						
2. Інформація про Страхувальника							
П.І.Б./ Назва організації:							
3. Інформація про Застраховану особу							
П.І.Б.:							
Адреса: <i>(повна)</i>							
Телефон, електронна адреса: <i>(контакти)</i>							
4. Інформація про договір							
Договір страхування № _____ від _____							
Термін дії з _____ по _____							
Вигодонабувач:							
П.І.Б.: _____							
Телефон/електронна адреса <i>(контакти)</i> : _____							
5. Інформація про подію							
5.1. Де і коли відбулась подія, що має ознаки страхового випадку (країна, місто, дата і час настання події) _____							

а) чи звертались в Асистуючу Компанію? (дата звернення) _____							

5.2. Обставини настання події, що має ознаки страхового випадку							
а) Обставини події							

5.3. Діагноз, встановлений медичною установою: _____							

5.4. Яка допомога була надана (відмітити):							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%;">Амбулаторно- поліклінічна допомога</td><td style="width: 50%;">Стационарна допомога</td></tr><tr><td>Швидка або невідкладна допомога</td><td>Стоматологічна допомога</td></tr><tr><td>транспортування</td><td>Інша</td></tr></table>	Амбулаторно- поліклінічна допомога	Стационарна допомога	Швидка або невідкладна допомога	Стоматологічна допомога	транспортування	Інша	
Амбулаторно- поліклінічна допомога	Стационарна допомога						
Швидка або невідкладна допомога	Стоматологічна допомога						
транспортування	Інша						
5.5. Витрати за випадком склали:							

Заява на Страхову виплату

6. Форма виплати страхового відшкодування

Прошу виплатити мені страхове відшкодування за наступними реквізитами:

Отримувач: _____

Перерахувати на банківський рахунок: № _____

картковий рахунок: № _____

Назва банку / Відділення _____

Код ЄДРПОУ (ЗКПО) _____ МФО _____

Через систему «Аваль-Експрес»:

Ідентифікаційний номер _____

паспорт серія _____ № _____ Виданий _____

дата « _____ » _____ р.

7. Документи, які надаються до заяви (поставте позначку перед кожним документом, що додається, і підкресліть, у якому вигляді надається документ)

<input type="checkbox"/>	Договір страхування (копія)
<input type="checkbox"/>	Копія паспорту громадянина України (1,2,11сторінки)
<input type="checkbox"/>	Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера
<input type="checkbox"/>	Копія закордонного паспорту (титульна, віза, в'їзд, виїзд на період настання випадку, що має ознаки страхового)
<input type="checkbox"/>	Довідка/виписка з лікувального закладу, медичний рапорт (оригінал/ <i>завірена копія</i>),
<input type="checkbox"/>	Оригінали чеків/квитанцій/рахунків щодо оплати медичних /інших послуг
<input type="checkbox"/>	Квитки, посадкові талони (оригінал/копія)
<input type="checkbox"/>	Лист від авіаперевізника
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

(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».

* З підписанням даної заяви надаю згоду та уповноважую працівників страхової компанії «ARX» 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 Application form I agree and authorize ARX 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.