|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo  04053 м. Київ, вул. Кудрявський узвіз 7,  9-10 поверх, АТ «СК «Країна»  Заяву отримано  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ р.  зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | --- | |  | |  | |  |   Голові Правління АТ «СК «Країна»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *від кого (П.І.П.)*  паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.  ідентифікаційний код № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Індекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактний тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  договір страхування №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВА**

Відповідно до умов договору страхування прошу розглянути заяву про страхову виплату внаслідок настання страхового випадку, що відбувся із застрахованою особою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Діагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коли вперше виявлено захворювання: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ р.

Лікування амбулаторне/стаціонарне з \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ р. до \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ р.

(пікреслити необхідне)

Заклад охорони здоров’я, де надавалась медична допомога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Про подію заявлено (*кому, яким чином*): «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У разі визнання випадку страховим, страхову виплату прошу здійснити (*кому*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шляхом:

перерахування на особистий рахунок (IBAN) UA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ п/р банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

переказу через систему Ощадбанк – Швидка копійка

До заяви додаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Документи | Кількість |
|  | Копія договору страхування |  |
|  | Копія паспорту/паспорту, виготовленого у формі картки разом з витягом про реєстрацію місця проживання |  |
|  | Копія довідки про присвоєння ІПН/РНОКПП |  |
|  | Виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого |  |
|  | Копія витягу з рішенням експертної команди з оцінювання повсякденного функціонування особи або довідки медико-соціальної експертної комісії/висновку ЛКК |  |
|  | Листок непрацездатності |  |
|  | Копія свідоцтва про смерть/довідка про причини смерті/свідоцтво про право на спадщину (у разі смерті Застрахованої особи) |  |

***Надаю дозвіл АТ «СК «Країна» та ТОВ «Країна-Медасистанс» використовувати свої персональні дані з метою виконання умов договору страхування. Надаю згоду запитувати інформацію  про обставини події, що має ознаки страхового випадку відповідно до ст. 103 ЗаконуУкраїни про страхування. Достовірність всієї інформації в цій заяві підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації мені буде відмовлено у страховій виплаті згідно з вимогами чинного законодавства України.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *підпис* |