|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo04053 м. Київ, вул. Кудрявський узвіз 7, 9-10 поверх, АТ «СК «Країна»Заяву отримано«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ р. та зареєстровано за № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Голові Правління АТ «СК «Країна» |
| Від ПІБ |
| Адреса для листування (обрати): |
| 1.Email |
| 2. Проживання:Індекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ м./смт./с.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обл.вул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ буд. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Договір страхування /картка  | Контактний телефон (*обов’язково*)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

  **ЗАЯВА**

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

Дата події: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

У разі визнання випадку страховим, страхову виплату прошу здійснити у розмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн.

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_ коп.

шляхом:

 перерахування на особистий рахунок (IBAN) UA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(27 цифр)

в банку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*

 переказу через систему Ощадбанк – Швидка копійка

\* для «Райфайзен Банк Аваль» додатково надається номер особового карткового рахунку СКР (10 цифр)

 для «Креді Агріколь Банк» додатково надається номер особового карткового рахунку в форматі IBAN (UA та 27 цифр).

До заяви додаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  | Документи | К-ть |
|  | Документ, що ідентифікує особу (копія паспорту/паспорту, виготовленого в формі картки разом з Витягом про реєстрацію місця проживання) |  |
|  | Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера/РНОКПП |  |
|  | Копія договору страхування/картки застрахованої особи (Поліс) |  |
|  | Направлення на лікування, обстеження, діагностику, консультацію |  |
|  | \*При амбулаторному лікуванні – висновок лікаря та/або виписка із медичної карти. \*При стаціонарному лікуванні – виписний епікриз (виписку з медичної карти). | В документі медичного закладу, що підтверджує факт настання страхового випадку, повинні бути вказані:* + - * найменування і місцезнаходження медичного закладу, його номер телефону;
			* прізвище, ім'я, по батькові Застрахованої особи, дата її народження;
			* домашня адреса і телефон Застрахованої особи;
			* дата звернення Застрахованої особи до медичного закладу;
			* діагноз, перелік видів медичної допомоги, що була надана Застрахованій особі медичним закладом;
			* строки лікування.
			* Документ медичного закладу скріплюється підписом відповідальної особи і засвідчується печаткою медичного закладу.
 |  |
|  | Платіжні документи, що підтверджують факт оплати послуг чи медикаментів – фіскальні чеки/банківська квитанція (у разі відсутності в фіскальному чеку або в банківській квитанції назви придбаних медикаментів та/або наданих послуг необхідно додатково надати товарний чек з переліком конкретних медикаментів, що були придбані та/або послуг, що були надані)  |  |
|  | Акт виконаних робіт (рахунок-калькуляцію) про надання Застрахованій особі медичних послуг (з детальним переліком). |  |
|  | Копія листка непрацездатності |  |
|  | У разі отримання Застрахованою особою медичних послуг у закладі, з яким не співпрацює АТ СК «Країна», необхідно надати копії ліцензії та свідоцтва про реєстрацію, свідоцтво платника податку. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***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* |