



Заявник:

прізвище, ім'я, по-батькові	
адреса проживання	
дата народження	
ідентифікаційний номер	
телефон	

Договір страхування (Свідоцтво про страхування):

номер		дата укладання	
-------	--	----------------	--

Заява

про настання страхового випадку та здійснення страхової виплати
за договором добровільного страхування фінансових ризиків під час подорожі в разі зміни строків перебування
за кордоном у зв'язку із коронавірусом (COVID-19)

Інформація про подію:

Відомості про подорож	запланований період перебування за кордоном (з - по)		
	країна перебування		готель
інформація про Застраховану особу (якщо Застрахованою особою є не Заявник)	прізвище, ім'я, по-батькові		
	адреса проживання		
	дата народження		ідентифікаційний номер
дата встановлення діагнозу захворювання на COVID-19			
період лікування, перебування на самоізоляції, обсервації у зв'язку із захворюванням на COVID-19			
медична установа, готель, в якому здійснювались лікування, перебування на самоізоляції, обсервації			
відомості про отримання від третіх осіб відшкодування витрат у зв'язку із захворюванням на COVID-19			
про настання події Заявник, інша особа повідомили Асистанс, Страховика (позначити необхідне)		так	ні
дата та час повідомлення Асистанса, Страховика про настання події			

прошу здійснити страхову виплату в розмірі (суму страхової виплати зазначити нижче цифрами та прописом)

Отримувач:

Назва банку:		МФО:		код	
IBAN:					

Перелік документів, що додаються до заяви (позначити необхідне):

копія внутрішнього паспорта	так	ні	копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера	так	ні
копія закордонного паспорта	так	ні	копія договору про надання туристичних послуг	так	ні
копія договору страхування	так	ні	копії документів про сплату вартості туристичних послуг	так	ні
оригінал документа медичної установи, що підтверджує встановлення діагнозу захворювання на COVID-19				так	ні
оригінали документів про оплату витрат на лікування, самоізоляцію, обсервацію у зв'язку із захворюванням на COVID-19				так	ні
інші документи (зазначити перелік)					

Заявник підтверджує, що вся інформація, яка міститься в цій заяві, є повною, достовірною; заявником не приховано відомої йому інформації, яка має значення для встановлення причин, обставин, наслідків заявленої події; заявник попереджений про те, що подання свідомо неправдивих відомостей про факт, причини, обставини, наслідки настання страхового випадку є підставою для відмови у страховій виплаті; заявник підтверджує, що він згоден із вказаним розміром страхової виплати.

Заявник надає згоду на обробку персональних даних, які надані страховику в зв'язку із поданням цієї заяви, виконанням договору страхування, вчинення інших дій, передбачених Законом України «Про захист персональних даних».

Заявник надає право медичним закладам, лікарям надавати Страховику відомості про захворювання, стан здоров'я, іншу інформацію про нього, Застраховану особу, в тому числі ту, що становить лікарську таємницю.

Підпис Заявника:

прізвище, ім'я, по-батькові		підпис
дата		