



Голові Правління АТ (приватне) "СК "Рідна"

Заявник:

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

Договір страхування (Сертифікат Застрахованої особи):

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

Заява

про настання страхового випадку та здійснення страхової виплати
за договором добровільного комплексного страхування подорожуючих

Інформація про подію:

дата настання		місце (адреса) настання	
час настання			
короткий опис події (причини, обставини, наслідки, діагноз, тощо)			
інформація про Застраховану особу (якщо Застрахованою особою є не Заявник)	прізвище, ім'я, по-батькові		
	адреса проживання		
	дата народження	ідентифікаційний номер	
інформація про особу (медичний заклад, тощо), яка надала Застрахованій особі медичну, іншу допомогу			
вартість самостійно сплаченої медичної, іншої допомоги, що була надана Застрахованій особі			
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)

шляхом безготівкового перерахування грошових коштів за наступними реквізитами

Отримувач:

Назва банку:		МФО:		Ідент.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	оригінали документів медичних, інших установ	так	ні
копія договору страхування	так	ні	оригінали документів про сплату медичних, інших послуг	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		