

ВИГОДОНАБУВАЧ: Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____

Паспорт: серія _____ номер _____ Ідентифікаційний номер _____

СТРАХУВАЛЬНИК: Прізвище _____ Ім'я _____ По батькові _____

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА:

Прізвище _____ Ім'я _____

По батькові _____ Дата народження

д	д	м	м	р	р	р	р
---	---	---	---	---	---	---	---

Паспорт: серія _____ номер _____ Ідентифікаційний номер _____

Я, що нижче підписався(лася), прошу виплатити мені страхову суму відповідно до умов Договору страхування життя № _____ від "____" _____ 20____ року в зв'язку з настанням страхового випадку:

<input type="checkbox"/>	Страховий ризик / Додаток до Правил страхування:	<input type="checkbox"/>	8-ДС: Тимчасова втрата працездатності (госпіталізація)
<input type="checkbox"/>	1-ДС: Тяжке захворювання	<input type="checkbox"/>	9-ДС: Тимчасова втрата працездатності (лікування в стаціонарі)
<input type="checkbox"/>	2-ДС: Звільнення від сплати страхових внесків в результаті встановлення <input type="checkbox"/> I гр. <input type="checkbox"/> II гр. інвалідності	<input type="checkbox"/>	10-ДС: Тимчасова втрата працездатності (реабілітація)
<input type="checkbox"/>	3-ДС: Хвороба, лікування якої потребувало хірургічної операції	<input type="checkbox"/>	11-ДС: Постійна повна (часткова) втрата працездатності внаслідок нещасного випадку
<input type="checkbox"/>	6-ДС: Втрата працездатності (встановлення Застрахованій особі групи інвалідності: <input type="checkbox"/> I гр. <input type="checkbox"/> II гр. <input type="checkbox"/> III гр. <input type="checkbox"/> дитина-інвалід)	<input type="checkbox"/>	12-ДС: Травмування (скорочений список)
<input type="checkbox"/>	7-ДС: Травмування (розширений список)	<input type="checkbox"/>	13-ДС: Хвороба, діагностована в період дії договору

До даної заяви додаються наступні документи (відмітити, які саме зі списку нижче):

<input type="checkbox"/>	Обов'язково Копія паспорту та ідентифікаційного номеру Вигодонабувача та Застрахованої особи (у випадку недосягнення віку отримання паспорту надається копія свідоцтва про народження Застрахованої особи)
<input type="checkbox"/>	Обов'язково Довідка банку про відкриття або наявність рахунку Вигодонабувача із зазначенням повних реквізитів для виплати
<input type="checkbox"/>	У випадках, коли Вигодонабувач є неповнолітньою особою, Заяву на здійснення страхової виплати складає і подає опікун чи піклувальник та додає нотаріально засвідчену копію відповідного рішення опікунської ради
<input type="checkbox"/>	Обов'язково Опитувальник фізичної особи
<input type="checkbox"/>	Обов'язково Анкета виявлення ознак США для визначення приналежності до сфери регулювання FATCA
Для страхових випадків, крім Дожиття:	
<input type="checkbox"/>	Оригінал довідки з травматологічного пункту/ від травматолога про звернення за медичною допомогою, який містить діагноз, опис результатів обстеження, об'єм наданої медичної допомоги та рекомендації для подальшого лікування, завірений належним чином (обов'язково для 7-ДС, 11-ДС, 12-ДС)
<input type="checkbox"/>	Оригінал виписки зі стаціонару, який містить діагноз, опис результатів обстеження, об'єм наданої медичної допомоги та рекомендації для подальшого лікування, завірений належним чином (обов'язково для 9-ДС, 13-ДС)
<input type="checkbox"/>	Оригінал виписки з стаціонару/ приватної клініки, яка містить діагноз, опис результатів обстеження, об'єм наданої медичної допомоги, опис хірургічної операції) та рекомендації для подальшого лікування, завіреної належним чином (обов'язково для 3-ДС, 8-ДС (крім опису хірургічної операції))
<input type="checkbox"/>	Оригінал довідки від лікаря-спеціаліста з поліклініки/приватної клініки, яка містить діагноз, опис результатів обстеження, об'єм наданої медичної допомоги та рекомендації для подальшого лікування, завіреної належним чином (обов'язково для 3-ДС, 13-ДС)
<input type="checkbox"/>	Довідка від служби швидкої допомоги (обов'язково для 8-ДС)
<input type="checkbox"/>	Оригінал довідки від лікаря –спеціаліста з поліклініки про взяття на диспансерний облік з приводу даного захворювання, завіреної належним чином (обов'язково для 13-ДС)
<input type="checkbox"/>	Копія висновку медико-соціальної експертної комісії про встановлення Застрахованій особі I, II, III групи інвалідності або «дитина-інвалід» (нотаріально засвідчена) (обов'язково для 2-ДС, 6-ДС)
<input type="checkbox"/>	Оригінал довідки від дільничного/сімейного лікаря з поліклініки про звернення за медичною допомогою за останні 5 років, завіреної належним чином (обов'язково для 3-ДС, 6-ДС, 8-ДС, 9-ДС, 13-ДС)
<input type="checkbox"/>	Оригінал чи нотаріальну копію лікарняного листа
<input type="checkbox"/>	Інші виписки з діагностичних, лікувальних чи профілактичних медичних закладів, що підтверджують настання страхового випадку
<input type="checkbox"/>	Копію вироку суду або рішення правоохоронних органів про порушення чи не порушення кримінальної справи за фактом травмування Застрахованої особи або з підстав, за яких її було травмовано, засвідчену належним чином, якщо є
<input type="checkbox"/>	Документ, що підтверджує факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, виданий компетентними органами (протокол міліції, служби пожежної охорони, ДАІ тощо)
<input type="checkbox"/>	Інші документи на вимогу Страховика

Детальна інформація про дату, причини та обставини настання страхового випадку.

Вкажіть всю відому Вам інформацію:

Дата та час настання страхового випадку

Місце (область, населений пункт, вулиця) настання страхового випадку (для 7-ДС, 12-ДС)

Опис подій та обставин, що призвели до настання страхового випадку

Перебіг подій після настання страхового випадку (для 7-ДС, 12-ДС)

Повна назва та адреса медичного закладу, до якого відбулося звернення

ПІБ, посада лікаря, який надав медичну допомогу

Яке обстеження проводилося (огляд, лікарем, аналіз крові загальний, аналіз крові на алкоголь, аналіз крові біохімічний, рентгенообстеження, УЗД (якого/яких органів), ЕКГ, діагностична лапароскопія, КТ, МРТ, інше)?

Яку допомогу та рекомендації було надано?

Чи подається Заява за даним страховим випадком до будь-якої іншої страхової компанії? Так Ні

Якщо ТАК, повідомте, будь-ласка, назву, адресу Компанії та номер полісу

Заявляю, що вся інформація, яка надана мною у Заяві, є достовірною і повною.

Цим даю згоду на отримання ПрАТ СК «КНЯЖА ЛАЙФ ВІЄННА ІНШУРАНС ГРУП» будь-якої інформації з приводу даного страхового випадку

Адреса Вигодонабувача:

Телефон Вигодонабувача: +38 (____) _____ - _____ - _____

Email Вигодонабувача: _____

Вигодонабувач	_____ (Підпис) _____ (Прізвище, ім'я та по батькові)
----------------------	--

Дата підписання _____

Уповноважена особа Страховика Заяву зареєстровано: "____" _____ 20__ р.	_____ (Підпис) _____ (Прізвище, ім'я та по батькові) Заповнюється представником Страховика при отриманні Заяви на виплату страхової суми
--	---

«Незважаючи на будь-які інші умови цього Договору (Пере)Страховик не надає страхове покриття, і не здійснює платежі будь-якого характеру та не надає послуги або виплати будь-якого характеру будь-якому Страхувальнику/Вигодонабувачу/Застрахованій особі/третій особі за цим Договором в тій мірі, в якій надання такого покриття, проведення страхової виплати або здійснення страхового відшкодування надаватиме (Пере)Страховика будь-яким санкціям, заборонам або обмеженням згідно з резолюціями Організації Об'єднаних Націй або торгово-економічними санкціями, законами чи правилами Європейського Союзу, України або Сполучених Штатів Америки (за умови, що це не порушуватиме будь-які норми чи конкретні закони України, що застосовуються до (Пере)Страховика)».