

**ЗАЯВА НА СТРАХОВУ ВИПЛАТУ**  
за Договором страхування № \_\_\_\_\_

Я, (П.І.Б.) \_\_\_\_\_,  
будучи  Вигодонабувачем /  Спадкоємцем за законом Застрахованої особи, прошу розглянути випадок, що стався із Застрахованою особою \_\_\_\_\_

**Інформація про Заявника/ Вигодонабувача/ Спадкоємця за законом**

Ступінь споріднення із Застрахованою особою \_\_\_\_\_ (перша ступінь: батьки, чоловік або дружина, діти, у тому числі усиновлені)  
Дата народження \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ідентифікаційний номер \_\_\_\_\_,  
Паспортні дані: серія \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, коли виданий \_\_\_\_\_,  
ким виданий \_\_\_\_\_  
Адреса для кореспонденції: \_\_\_\_\_  
Контактний телефон \_\_\_\_\_ Електронна пошта \_\_\_\_\_

*У випадках, коли Вигодонабувач/Спадкоємець є неповнолітньою особою, Заяву на здійснення страхової виплати складає і подає опікун чи піклувальник, до заяви обов'язково додається нотаріально засвідчена копія відповідного рішення опікунської ради та свідоцтво про народження неповнолітньої особи.*

**Виплату здійснити за реквізитами:**

Найменування банку \_\_\_\_\_  
МФО банку \_\_\_\_\_ ЄДРПОУ банку \_\_\_\_\_  
№ розрахункового/транзитного рахунку \_\_\_\_\_  
№ карткового рахунку \_\_\_\_\_

**Інформація про обставини події**

Смерть Застрахованої особи, що сталася \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (дата смерті) внаслідок  
 захворювання /  нещасного випадку /  транспортної події

Детальна інформація про дату, місце, причини, обставини настання страхового випадку та наслідки (необхідно надати якнайбільш повну інформацію щодо страхового випадку, назви та адреси лікувальних закладів, компетентних закладів, інформацію щодо відкриття кримінального провадження тощо). Вказати, чи виїздили на подію представники компетентних органів (МВС, прокуратури тощо).

Надання детальної розширеної інформації прискорює процес прийняття рішення щодо страхової виплати.

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

Підписанням цієї Заяви, я надаю згоду Страховику, з метою провадження ним страхової діяльності отримувати у правоохоронних органах, банках, лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я, фізичних та/або юридичних осіб мої персональні дані та інші відомості щодо стану мого здоров'я, факту та/або обставин настання страхового випадку, а ним відповідно – надавати (поширювати) дану інформацію Страховику. Підписанням цієї Заяви підтверджую, що Страховик повідомив мене про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», а також про те, що з моменту отримання Страховиком цієї Заяви персональні дані, будуть включені до бази персональних даних Страховика. Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами (в тому числі іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних з персональними даними), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України. Я надаю Страховику право надсилати будь-які відомості інформативного характеру на мою адресу, електронну пошту та/або текстові повідомлення на телефон, зазначені в даній Заяві.

Я розумію, що будь-яка виплата за Договором страхування здійснюється з урахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України та Правилами страхування.

*«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 піддаватиме (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)».*

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 \_\_\_\_\_

До даної Заяви надаються наступні документи:

*Усі копії документів повинні бути засвідчені належним чином (підпис керівника чи уповноваженої особи та печатка закладу).*

**Обов'язково:**

- Оригінал Договору страхування життя.
- Завірена власним підписом та надписом «Копія вірна» **копія паспорту Заявника** (при наявності **біометричного паспорта** також надається завірена власним підписом **копія витягу із державного демографічного реєстру щодо реєстрації місця проживання**).
- Завірена власним підписом та надписом «Копія вірна» **копія довідки про присвоєння індивідуального податкового номера Заявника**.
- Заповнений опитувальник фізичної особи.
- Заповнена анкета FATCA.
- Документ, що посвідчує **I ступінь споріднення** Заявника із Застрахованою особою (копія свідоцтва про одруження, копія свідоцтва про народження тощо).
- Оригінал довідки з банку** про відкриття або наявність рахунку (повні банківські реквізити особистого розрахункового рахунку в гривні).
- Якщо Заявник це Спадкоємець Застрахованої особи за законом – засвідчена нотаріусом копія або оригінал свідоцтва про право на спадщину за законом із зазначенням відповідної частки.**

**Документи, що підтверджують настання страхового випадку:**

- Обов'язково копія свідоцтва РАЦСу про смерть Застрахованої особи, засвідчена нотаріусом.**
- Обов'язково копія лікарського свідоцтва встановленого зразка про смерть або копія довідки про причину смерті, видана органами РАЦСу.**
- Копія довідки про результати розтину.**

Додатково надаються наступні документи, що підтверджують настання страхового випадку:

**Смерть внаслідок захворювання:**

- Оригінал виписки** із карти амбулаторного хворого про перебіг звернень за медичною допомогою за останні 5 років.
- Виписки з діагностичних, лікувальних чи профілактичних медичних закладів, що підтверджують факт та час встановлення того захворювання, що призвело до настання страхового випадку (в т.ч. історія хвороби, висновки лікарів-спеціалістів, результати медичних досліджень тощо).
- Назви та адреси лікувальних закладів, до яких зверталася Застрахована особа або перебувала на обліку:

**Смерть внаслідок нещасного випадку та/або смерть внаслідок нещасного випадку, який стався в результаті транспортної події**

- Документ, що підтверджує факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, виданий компетентним органом (Національною поліцією України, службою пожежної охорони, органами влади, лікувальними закладами та ін.).
- Копія вироку суду або рішення правоохоронних органів, якщо за фактом смерті Застрахованої особи або з підстав, за яких вона померла, порушено кримінальну справу.
- Копія рішення щодо закриття кримінального провадження (якщо було відкрито кримінальне провадження).
- Копія Акту про нещасний випадок на виробництві або Акту про нещасний випадок невиробничого характеру.
- Довідка медичної установи про наявність або відсутність слідів алкоголю, наркотичних або токсичних речовин (за наявності).
- (У випадку ТП)** довідка органу внутрішніх справ про обставини настання ТП або інший документ, що підтверджує факт, причини, обставини та наслідки настання страхового випадку, виданий компетентним органом.

**Інші документи:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Страховик має право вимагати інші документи, які дозволяють встановити факт, причини і обставини настання страхового випадку.

\_\_\_\_\_ *Дата*

\_\_\_\_\_ *Підпис*

\_\_\_\_\_ *(ПІБ Заявника)*