

Зверніть увагу!  
Заява заповнюється тільки друкованими літерами особою, що має право на отримання страхової виплати.  
Заява без вказання номера Договору страхування, П.І.Б. заявника, інформації про страхову подію, порядку здійснення страхової виплати, дат, підписів та дати заповнення не розглядається.

Я, (П.І.Б.) \_\_\_\_\_ будучи

Застрахованою особою  Вигодонабувачем  Спадкоємцем за законом Застрахованої особи  Законним представником Застрахованої особи

за Договором добровільного страхування життя № \_\_\_\_\_ прошу здійснити страхову виплату в зв'язку з настанням страхової події зазначеної в п.3 даної Заяви:

**1. Інформація про заявника** (всі поля є обов'язковими для заповнення)

Дата народження \_\_\_\_\_ Ідентифікаційний код \_\_\_\_\_

Паспорт Серія \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Коли виданий \_\_\_\_\_

Ким виданий \_\_\_\_\_

Фактичне місце проживання Країна \_\_\_\_\_ Поштовий індекс \_\_\_\_\_ Населений пункт \_\_\_\_\_

Вулиця \_\_\_\_\_ № будинку \_\_\_\_\_ № квартири \_\_\_\_\_

Телефон дом. +38 \_\_\_\_\_ Телефон моб. +38 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**2. Застрахована особа за договором страхування** (вказати, якщо не співпадає із заявником)

ПІБ \_\_\_\_\_

**3. Інформація про подію** (обов'язково відмітити одну або більше подій)

Події, що не є страховими випадками згідно умов діючого договору страхування не розглядаються страховою компанією

Дожиття Застрахованої особи до кінця дії Договору страхування

Смерть Застрахованої особи

Дата смерті \_\_\_\_\_

Причина смерті \_\_\_\_\_

Місце смерті \_\_\_\_\_

Інвалідність Застрахованої особи

Дата встановлення \_\_\_\_\_

Група інвалідності

Перша

Друга

Третя

Причина і інвалідності \_\_\_\_\_

Смертельно – небезпечне захворювання

Дата встановлення \_\_\_\_\_

Вид захворювання \_\_\_\_\_

Тілесні ушкодження Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку

Дата Нещасного \_\_\_\_\_

Діагноз \_\_\_\_\_

Тимчасова втрата працездатності Застрахованої особи

Період непрацездатності з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Проведення Хірургічної операції Застрахованій особі

Вид операції \_\_\_\_\_

**4. Обставини події** (обов'язково до заповнення)

Обставини та опис \_\_\_\_\_

страхового випадку \_\_\_\_\_

Якщо подія настала внаслідок нещасного випадку:

Дата \_\_\_\_\_

Місце \_\_\_\_\_

Свідок \_\_\_\_\_

Назва та адреса Лікувального закладу, в яке Застрахована особа звернулася відразу після настання події \_\_\_\_\_

Назва та адреса Лікувального закладу, в якому Застрахована особа проходила лікування (в якому Застрахована особа була направлена на МСЕК) \_\_\_\_\_

П.І.Б. лікаря, що проводив лікування \_\_\_\_\_

Чи була викликана(ні) для даного випадку швидка невідкладна медична допомога, служба порятунку, працівники МВС (потрібно підкреслити):  так  ні

Мною подані (я збираюсь подати) заяву на страхову виплату в зв'язку з вказаним випадком в іншу страхову компанію:  так  ні

**5. Анкета застрахованої особи** (обов'язково до заповнення в разі настання події на гірськолижному курорті)

5.1. Чи використовувалося спортивне спорядження під час нещасного випадку?  так  ні

Якщо «Так» то дайте відповідь на наступні питання:

5.1.1. Вкажіть вид спортивного спорядження який використовувався (гірські лижі, бігові лижі, сноуборд, інше) ? \_\_\_\_\_

5.1.2. Чи було спорядження орендованим?  так  ні

5.1.3. Яка захисна екіпіровка використовувалася в момент Нещасного випадку (шолом, налокітники, наколінник, інше – прохання вказати)? \_\_\_\_\_

5.1.4. Чи стався нещасний випадок на гірськолижному спуску, що має необхідні позначення (вказівники, обмежувачі, уловлювачі) на трасі та вказані на відповідній карті гірськолижного курорту?  так  ні

Якщо «Так» то дайте відповідь на наступні питання:

5.1.4.1. вкажіть класифікацію спуску (учбовий, стандартний, професійний) \_\_\_\_\_

5.1.4.2. вкажіть тип підйомника, який використовувався для підйому (крісельний, бугель ний, інше) \_\_\_\_\_

5.1.4.3. чи був обов'язок знаходження на гірськолижному спуску в шоломі.  так  ні

5.1.5. Чи було пошкоджено спортивне спорядження в результаті нещасного випадку?  так  ні

Дата підписання \_\_\_\_\_

Підпис заявника \_\_\_\_\_

**6. Для підтвердження страхового випадку до даної заяви необхідно додати наступні документи:**

Документи щодо подій, які не є страховими випадками згідно умов діючого договору страхування не розглядаються страховою компанією.

**При Дожитті Застрахованої особи до закінчення терміну дії договору страхування**

<input type="checkbox"/>	Оригінал Страхового договору (полісу)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія документу, що посвідчує особу заявника, копія коду ІПН	к-сть аркушів

**При настанні смерті Застрахованої особи**

<input type="checkbox"/>	Оригінал Страхового договору (полісу)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія документу, що посвідчує особу заявника, копія коду ІПН	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Нотаріально завірена копія свідоцтва про смерть	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія довідки про причину смерті	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Пояснення від Вигодонабувача про обставини смерті	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Документ, що підтверджує право на отримання страхової виплати (для спадкоємців та законних представників)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія лікарського свідоцтва про смерть (при наявності)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Квитки або інші документи, що засвідчують перебування Застрахованої особи в транспортному засобі або Загальному перевізнику в момент Нещасного випадку, якщо такий випадок відбувся на транспорті або Загальному перевізнику (обов'язково для ризику Смерть Застрахованої особи в результаті Нещасного випадку на транспорті або на Загальному перевізнику)	к-сть аркушів

**При настанні Інвалідності**

<input type="checkbox"/>	Копія Страхового договору	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія документу, що посвідчує особу заявника, копія коду ІПН	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Оригінал довідки МСЕК про присвоєння Застрахованій особі інвалідності чи її нотаріально завірену копію	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Оригінал чи копія завірена медичним закладом, яким було видано, Виписки з лікувального закладу про стан здоров'я Застрахованої особи з переліком діагнозів, на основі яких була встановлена Інвалідність (Виписний епікриз)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія Акту про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом (при наявності)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія звіту правоохоронних органів щодо нещасного випадку (при наявності)	к-сть аркушів

**При встановленні діагнозу Смертельно – небезпечне захворювання**

<input type="checkbox"/>	Копія Страхового договору	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія документу, що посвідчує особу заявника, копія коду ІПН	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Оригінал чи копія завірена медичним закладом, яким було видано, документу лікувально-профілактичного, клінічного або іншого лікувального закладу, що містить кваліфікований висновок спеціаліста в сфері медицини, який відповідає діагнозу Смертельно – небезпечного захворювання (кардіолога, невропатолога, нефролога, кардіохірурга і т.і.) *	к-сть аркушів

**При встановленні Тілесних ушкоджень, Тимчасової втрати працездатності, Тимчасової втрати працездатності (Госпіталізації)**

<input type="checkbox"/>	Копія Страхового договору	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія документу, що посвідчує особу заявника, копія коду ІПН	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Довідка із травмпункту та лікарняна виписка (Оригінал чи копія завірена медичним закладом, яким було видано документ)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Оригінал чи копія завірена відділом кадрів, в якому зберігається оригінал, листа непрацездатності (обов'язково для ризику Тимчасова втрата працездатності та Госпіталізація)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Інформація додаткових методів обслідування (рентгенограма) (при наявності)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія Акту про нещасний випадок, пов'язаний з виробництвом (при наявності)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія звіту правоохоронних органів щодо нещасного випадку (при наявності)	к-сть аркушів
<input type="checkbox"/>	Копія довідки щодо ДТП (при наявності)	к-сть аркушів

**Інші****документи**

к-сть аркушів

**Всього передано документів**

к-сть аркушів

Копії документів, завірені без врахування вимог законодавства, що вказані нижче, не будуть розглядатися страховою компанією при прийнятті рішення про страхову виплату.

**Вимоги до завірення копій документів (крім нотаріальних):**

**Копія завірена підприємством, установою, організацією, якими було видано документ або в яких зберігається оригінал документу** – на копії робиться напис, який складається із слів "Згідно з оригіналом", найменування посади, особистого підпису особи, яка уповноважена на засвідчення документів, її ініціалів (ініціалу імені) та прізвища, дати засвідчення копії. Напис про засвідчення копії скріплюється печаткою із зазначенням на ній найменування відповідних підприємства, установи, організації (без зображення герба) або печаткою структурного підрозділу (служби діловодства, відділу кадрів, бухгалтерії тощо) підприємства, установи, організації.

**Копія документу що посвідчує особу заявника** – завіряється власноручним підписом заявника з вказанням її ініціалів, прізвища та дати засвідчення.

**7. Прошу належну мені страхову виплату (обов'язково вибрати один із варіантів)**

<input type="checkbox"/>	перерахувати на мій особистий (картковий) рахунок в банк згідно наступних реквізитів (всі поля є обов'язковими для заповнення):
Розрахунковий рахунок	<input type="text"/> МФО банку <input type="text"/> ЄДРПОУ банку <input type="text"/>
Банк (назва та місцезнаходження)	<input type="text"/>
Призначення платежу	Поповнення карткового рахунку № <input type="text"/>
Додаткова інформація	ПІБ отримувача <input type="text"/>

**8. Дозвіл**

Я, ПІБ

данню заявою даю дозвіл будь-якому медичному працівнику та/або медичній установі, що мають інформацію про мою історію хвороби, фізичний чи психічний стан, діагноз, лікування та прогноз, надавати її, в разі необхідності, ПРАТ «Страхова компанія «Класік Страхування життя» або представникам цієї компанії (тільки якщо Заявник є Застрахованою особою).

Даним надаю свою згоду Страховику на обробку моїх персональних даних які були надані мною або стали відомі йому при укладенні та протягом дії договору страхування, в тому числі інформації про стан мого здоров'я, яка включає буду-яку дію або сукупність дій, здійснених повністю або частково в інформаційній системі та/або в картотеках персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і передачею, в тому числі страховому посереднику, знеособленням, знищенням відомостей про мене з метою забезпечення реалізації відносин зі страхування а також адміністративно – правових, податкових та відносин у сфері бухгалтерського обліку. Ця згода надається мною на строк реалізації зазначених відносин та може бути відкликана шляхом направлення мною письмового повідомлення Страховику за один місяць до моменту відкликання згоди.

Я надаю дозвіл ПРАТ «Страхова компанія «Класік Страхування життя» використовувати дану інформацію тільки для вирішення питань, що пов'язані зі страхуванням, для прийняття рішення про страхову виплату, її розміри та для здійснення страхової виплати. Розумію, що без заповнення обов'язкових полів та підписів на двох сторінках даної Заяви страхова виплата не буде здійснена.

Дата підписання заяви 

Підпис заявника \_\_\_\_\_

Даним посвідчую, що я письмово повідомлений про включення інформації про мене до бази персональних даних ПРАТ «Страхова компанія «Класік Страхування життя», про свої права визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору моїх персональних даних та осіб яким вони передаються.

Дата підписання 

Підпис заявника \_\_\_\_\_