ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ"

Заява НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

ЗА ДОГОВОРОМ СТРАХУВАННЯ №

Заповніть, будь ласка, цю форму та додайте до них оригінали всіх необхідних документів (медичних та фінансових), що стосуються обставин страхової події та розміру Ваших збитків. Всі вище перелічені документи необхідно передати особисто до Головного офісу ПрАТ "СК "ПРЕСТИЖ" за адресою: 03142, м. Київ, вул. В.Стуса 35/37, офіс 101

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА					
		П.І.Б.			
ідентифікаційний номер	**адреса, телефон**	індекс	область		місто/село
вулиця		будинок	кв.,оф.	телефон, факс	

Цією Заявою повідомляє, що з нею сталася подія:

ДАТА ПОДІЇ	число	місяць	р. рік	**МІСЦЕ ПОДІЇ КРАЇНА**	

у зв'язку з чим було здійснено звернення необхідне позначити ☒:

☐ **ДО СЕРВІСНОЇ КОМПАНІЇ СТРАХОВИКА**				☐ **ДО ЛІКАРЯ**				
дата звернення	число	місяць	р. рік	**дата звернення**	число	місяць	р. рік	назва медичного закладу
ДІАГНОЗ								
ТЕРМІН ЛІКУВАННЯ	**з**	число	місяць	р. рік	**по**	число	місяць	р. рік

ПРОГРАМА СТРАХУВАННЯ ТА ЛІМІТ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ								

ОПИС ПОДІЇ

СТРАХОВУ ВИПЛАТУ ПРОШУ ЗДІЙСНИТИ БАНКІВСЬКИМ ПЕРЕКАЗОМ

Реквізити Банку: Назва Банку, ЄДРПОУ або ІНН, МФО, №№ розрахункового та/або карткового рахунків, № транзитного рахунку (для банківського переказу)

ДО ЗАЯВИ ДОДАЮ ДОКУМЕНТИ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІРУ ВИТРАТ необхідне позначити ☒

- ☐ копію всіх сторінок закордонного паспорту Страхувальника (Застрахованої особи), які містять дані про Страхувальника (Застраховану особу) та перетину ним кордонів, паспорт громадянина України, що посвідчує особу, яка звернулася за страховою виплатою
- ☐ копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Страхувальника (Застрахованої особи)
- ☐ оригінал Договору, що належить Страхувальнику (Застрахованій особі)
- ☐ оригінали проїзних документів
- ☐ оригінали деталізованих рахунків щодо наданих медичних послуг (інших послуг, передбачених умовами страхування)
- ☐ оригінали квитанцій про оплату наданих медичних та інших послуг
- ☐ оригінали рецептів з назвами ліків, завірені відповідним лікарем
- ☐ довідка медичного закладу про амбулаторне чи стаціонарне лікування Застрахованої особи та/або виписка із зазначенням строку лікування, діагнозу та наслідків захворювання, причин, що викликали захворювання, загальні висновки лікаря: призначений та проведений курс лікування; результати обстеження; у випадку розладу здоров'я внаслідок нещасного випадку додатково – довідка про рівень алкоголю або наркотичних чи токсичних речовин в крові на дату настання події
- ☐ документи Асистуючої компанії (Асистансу) щодо витрат, пов'язаних зі страховим випадком
- ☐ Документи (чеки, рахунки, квитанції), що підтверджують розмір витрат та збитків, понесених внаслідок настання події, що має ознаки страхового випадку
- ☐ інші документи на запит Страховика
- ☐ документи на право представляти інтереси Застрахованої особи та/або отримання страхової виплати (нотаріальна довіреність для повіреного, свідоцтво про спадщину для спадкоємців, тощо)

ІНШІ ДОКУМЕНТИ зазначте

Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моєю довіреною особою) є повною і правдивою.

Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації, ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО "СТРАХОВА КОМПАНІЯ "ПРЕСТИЖ" має право відмовити у страховій виплаті .

число	місяць	р. рік

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА _____ (П.І.Б.) _____ (підпис)

___.___.20___ р. (дата заповнення Заяви)

ЗАЯВНИК _____ (підпис) М.П. /_____ (П.І.Б.)/

СТРАХОВИК _____ (посада) _____ (підпис) М.П. /_____ (П.І.Б.)/