ГОЛОВІ ПРАВЛІННЯ
ПрАТ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ПРЕСТИЖ»
БРИДУНУ Є.В.

ЗАЯВА
НА ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

за договором страхування № –041–

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА	П.І.Б.		**дата народження**	число	місяць	р. рік
ідентифікаційний номер	**паспорт**	серія / номер / виданий				
адреса, телефон	адреса		телефон			

ЗАЯВНИК	П.І.Б.		ідентифікаційний номер
ЗАЯВНИК Є	Застрахована особа / Вигодонабувач / Довірена особа / Спадкоємець	**НА ПІДСТАВІ**	договору страхування / довіреності / свідоцтва про спадщину /тощо
АДРЕСА ЗАЯВНИКА (обов'язково до заповнення)	адреса		телефон

За умови Договору медичного страхування прошу Вас виплатити мені страхове відшкодування, які були використані мною на придбання медикаментів, сплату медичних послуг за призначенням лікаря при лікуванні в стаціонарних умовах. в розмірі:

цифрами	**грн.**	прописом

Дата настання страхового випадку	число	місяць	р. рік
МІСЦЕ ТА ОБСТАВИНИ ПОДІЇ (коротко)			
Дата повідомлення в Страхову компанію	число	місяць	р. рік
ПЕРІОД ПЕРЕБУВАННЯ НА ЛІКУВАННІ, НАЗВА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ:			
ДІАГНОЗ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ (за медичною документацією):			

ДО ЗАЯВИ ДОДАЮ НАСТУПНІ ДОКУМЕНТИ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ ФАКТ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ (ТАБЛИЦЯ 1)

№	Документи	Кількість аркушів
1	Копія договору страхування	
2	Копія паспорту та ІПН (фізичної особи - отримувача страхової виплати)	
3	Результати лабораторних досліджень: позитивний тест/аналіз на коронавірусну хворобу COVID – 19;	
4	Виписка з медичної карти стаціонарного хворого або копія виписка з історії хвороби (виписний епікриз)	
5	Копія листа непрацездатності	
6	Фінансові документи (на загальну суму) _____ *грн.*	
7	Рахунок з медичного закладу (з докладним розшифруванням кошторису наданих послуг)	
8	Установчі документи медичного закладу, що надавав послуги	

Достовірність всієї інформації в цій заяві підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації мені буде відмовлено у страховій виплаті згідно з вимогами чинного законодавства України.
На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», підписанням цієї заяви Страхувальник надає свою згоду здійснювати Страховиком дії з персональними даними Страхувальника, які пов'язані зі збиранням, включенням до баз(и) персональних даних, обробкою, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням, знеособленням, знищенням, передачі третім особам.

СТРАХОВУ ВИПЛАТУ ПРОШУ ЗДІЙСНИТИ шляхом перерахування коштів на картку банку

Назва банку		
Реквізити картки по стандарту IBAN	***UA***	
(МФО банку)		**код ЄДРПОУ банку/ІПН**
Особовий рахунок		

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

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

Особа, яка прийняла заяву ___.___.20___ р. (дата прийняття)

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