

ПрАТ «Страхова компанія «Перша»

від Застрахованої особи _____
Договір або картка № _____,
компанія страхувальник (місце роботи) _____
Тел. _____, e-mail: _____
Адреса місця проживання: _____

(поштовий індекс, область, місто, район, село, вулиця, номер будинку, номер квартири)

ЗАЯВА

У зв'язку із настанням страхового випадку, що передбачений договором медичного страхування, прошу виплатити мені суму у розмірі _____ грн., _____ коп.

(сума прописом)

Страхову виплату прошу перерахувати (позначити):

☐

за системою PRIVAT MONEY

☐

на картковий (зарплатний, особовий) рахунок

IBAN UA _____ або

№ _____ ПІБ отримувача _____

Назва банку _____

р/р банку № IBAN UA _____

В ЗАЯВІ ОБОВ'ЯЗКОВО вказати:

ПІБ фактичного отримувача платежу _____

Дані паспорту (серія, №, ким виданий, дата) отримувача платежу або ID картки

ОБОВ'ЯЗКОВО до заяви додаю (відмітити):

☐

Копія свідоцтва про народження (отримання відшкодування на дитину)

☐

РНОКПП (ідентифікаційний номер) (в тому числі для дітей) _____

☐

РНОКПП (ідентифікаційний номер) отримувача платежу _____

☐

В разі отримання відшкодування третьою особою - додається нотаріально засвідчене Доручення

☐

Медичний висновок (виписка, довідка, заключення, епікриз, рецепт, акт про надані медичні послуги) із зазначенням клінічного діагнозу, проведеного лікування, рекомендацій лікаря, завірений підписом та печаткою лікаря та ЛПЗ.

К-ть ☐

ОРИГІНАЛИ (відмітити):

☐

Фіскальний чек

К-ть ☐

☐

Товарний чек (за відсутності у фіскальному чекові назви медикаментів чи послуг)

К-ть ☐

☐

Квитанція про сплату послуги

К-ть ☐

Якщо послуга надана приватним підприємцем, ФОП – потрібно:

☐

Копія ліцензії на провадження медичної практики

☐

Копія витягу з реєстру платників податку

Страхувальник підтверджує, що належить до політично значущих осіб, членів їх сімей, осіб, пов'язаних з політично значущими особами (якщо страхувальник – фізична особа):

☐

ТАК /

☐

НІ

_____ 202_ року _____ (підпис застрахованої особи)