

ЗАЯВА ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ

(для застрахованої особи за договором медичного страхування)

1. Інформація про Застраховану особу:			
ПІБ			РНОКПП
Фактична адреса			
Телефон		Viber	
E-mail			

Підтверджую свою згоду на отримання офіційного листування з ПрАТ "СК "Перша" в електронній формі на зазначену мною електронну пошту або номер мобільного телефону. Всі листи, надіслані таким чином, вважаються офіційними. За необхідності маю право звернутися з проханням отримати паперові копії листування, які ПрАТ "СК "Перша" буде зобов'язана підготувати та надіслати на вказану мною адресу.

2. Інформація про подію: (так/ні)			
Дата та час події			
Номер договору страхування		Номер картки	
Дата телефонного звернення ЗО чи її представника до Страховика чи асианс-компанії, контакти якої вказані у страховому договорі			

3. Яка допомога була надана та оплачена Застрахованою особою? (позначте "X" обраний варіант):			
☐ Поліклінічна допомога	☐ Швидка або невідкладна допомога	☐ Стационарна допомога	
☐ Стоматологічна допомога	☐ Медикаменти	☐ Інше	

4. Діагноз, встановлений медичним закладом:	
Чи настав випадок через загострення хронічного захворювання? (так/ні)	

5. Назва закладу, яким були надані послуги (медична допомога, обстеження, медикаменти, та ін.):

6. Пред'явлена на оплату сума (зазначте суму вашої вимоги):
☐ Витрати на медичні послуги склали _____ грн
☐ Витрати на придбання медичних препаратів склали _____ грн.
В зв'язку з настанням події прошу розглянути питання про виплату відшкодування витрат в сумі _____ грн.

7. Здійснити страхову виплату у наступному порядку:	
Отримувач коштів (ПІБ)	
Країна громадянства	Країна постійного місця проживання
РНОКПП отримувача	Дата народження отримувача
IBAN – номер банківського рахунку:	
U	A

Я надаю безвідкличну згоду страховикові ПрАТ "СК "Перша" на отримання та обробку моєї медичної інформації, що включає діагнози, результати обстежень та відомості про проведене лікування у будь-яких медичних установах, зокрема поліклініках, лікарнях, а також у лікарів та інших спеціалістів, які є необхідними для здійснення страхової виплати.

Водночас, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», своїм підписом я надаю безвідкличну згоду на обробку страховиком моїх персональних даних з метою здійснення страхової діяльності.

Я підтверджую, що всю необхідну консультаційну допомогу отримав в повному обсязі.

(дата заповнення)

(підпис, печатка)

(ПІБ)