

ЗАЯВА ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ

(для застрахованої особи, або іншої особи, яка має право на отримання страхової виплати)

Дата звернення в аси́станс/страхову компанію:		№ Звернення в КЦ або страхової справи	
1. Інформація про заявника:			
ПІБ або найменування юр.особи			РНОКПП/ЄДРПОУ
Місце реєстрації			
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.

Підстави виникнення права подання мною Заяви (позначте "X" обраний варіант) відповідно до документу (заповніть дані документу):

- ☐ Є застрахованою особою _____
(назва, серія та номер документу)
- ☐ Представник за довіреністю _____
(назва, серія та номер документу)
- ☐ Інше _____
(назва, серія та номер документу)

2. Інформація про подію: (так/ні)			
Дата та час події			
Місце події	Країна		Область/район
	Місто		
	Адреса:		
Дата телефонного звернення ЗО чи її представника до Страховика чи аси́станс-компанії, контакти якої вказані у страховому договорі			
Дата фактичного повернення застрахованої особи до України (дата перетину державного кордону), якщо випадок стався за кордоном			

3. Різновид страхового випадку (позначте "X" обраний варіант):			
☐ Раптова хвороба	☐ Нещасний випадок	☐ Тимчасова втрата працездатності	☐ Смерть

4. Обставини події (короткий опис події):	
Чи настав випадок через загострення хронічного захворювання? (так/ні)	

5. Медичний діагноз (у разі смерті - її причина):

6. Проведене лікування (необхідне зазначити "X"):
☐ Амбулаторне лікування, кількість днів лікування _____ ☐ Стаціонарне лікування, кількість днів лікування _____ ☐ Проведено оперативне втручання _____ ☐ Загальна кількість днів непрацездатності _____

