

Реєстраційний №: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підрозділ: \_\_\_\_\_

ПІБ: \_\_\_\_\_ підпис: \_\_\_\_\_



Додаток 5 до наказу Голови Правління від « 05 » квітня 2018 р. №174

## ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

за договором страхування від нещасних випадків

|  |                         |         |                 |
|--|-------------------------|---------|-----------------|
| П.І.Б. (найменування для організації): | _____                   |         |                 |
| Страховальник                          | адреса: _____           | тел:    | +38(____) _____ |
|  | ІПН / код ЄДРПОУ: _____ | e-mail: | _____           |

|                            |  |  |                                |
|----------------------------|--|--|--------------------------------|
| <b>Договір страхування</b> | серія: _____ № _____ , програма: _____ |  |                                |
|                            | строк дії з: _____ по _____            |  |                                |
|                            | <small>Дата Місяць Рік</small>         | <small>серія номер договору (полісу)</small> | <small>Дата Місяць Рік</small> |

|                           |                         |               |                 |
|---------------------------|-------------------------|---------------|-----------------|
| <b>Застрахована особа</b> | П.І.Б.: _____           | тел:          | +38(____) _____ |
|                           | адреса: _____           |               |                 |
|                           | ІПН / код ЄДРПОУ: _____ | e-mail: _____ |                 |

|                   |   |                               |                               |
|-------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Опис події</b> | Вид події (ризик): _____                        |                               |                               |
|                   | Дата події: _____, в період часу _____ по _____ |                               |                               |
|                   | Місце події: _____                              |                               |                               |
|                   | <small>Дата Місяць Рік</small>                  | <small>години хвилини</small> | <small>години хвилини</small> |

Обставини події:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Діагноз та наслідки:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

З приводу нещасного випадку я звертався (-лась) до:

\_\_\_\_\_

У медичному закладі надано таку первинну допомогу:

\_\_\_\_\_

(медичний заклад, правоохоронні органи, тощо)

Подальше лікування проводилось під наглядом лікаря:

\_\_\_\_\_

Було проведено таке лікування:

\_\_\_\_\_

Зазначити медичний заклад та фам лікаря

За фактом події порушено кримінальну справу:

\_\_\_\_\_

(Назва медикаментів іммобілізації, фізіотерапевтичне лікування, ЛФК)

|                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Повідомлення сервісної служби</b> | Про подію повідомлено Сервісну службу: _____                                       | приблизно _____  |
|                                      | Зазначити причину не повідомлення/ невчасного повідомлення Сервісної служби: _____ | <small>ТАК/НІ</small> <small>Дата Місяць Рік</small> <small>години хвилини</small> |
|                                      | Зазначити перелік рекомендацій, які були надані Сервісною службою: _____           |  |

|                         |  |                             |
|-------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Понесені витрати</b> | <input type="checkbox"/> ТАК                           | <input type="checkbox"/> НІ |
|                         | За які медичні чи інші послуги понесено витрати:       |                             |
|                         | ким сплачено: _____, яким способом: _____, сума: _____ |                             |
|                         | додаткова інформація:                                  |                             |

|   |    |    |
|---|----|----|
| <b>Перелік документів, що додаються</b> | 1. | 4. |
|   | 2. | 5. |
|   | 3. | 6. |
|   |    |    |
|   |    |    |
|   |    |    |

**Прощу суму страхового відшкодування, визначену Вами відповідно до умов страхування виплатити:**

на рахунок: №: \_\_\_\_\_ вид рахунку: \_\_\_\_\_  
(зазначити номер рахунку, якщо виплата на картковий рахунок то зазначити транзитний рахунок) (особистий, розрахунков., картковий, тощо)

в банку: \_\_\_\_\_ МФО: \_\_\_\_\_, ЄДРПОУ банку: \_\_\_\_\_  
(найменування банку) (код МФО БАНКУ не більше та не менше 6 знаків) (код ЄДРПОУ банку не більше та не менше 8 знаків)

ЄДРПОУ / ІПН отримувача: \_\_\_\_\_  
(для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків)

номер карткового рахунку: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(номер карткового рахунку)

готівкою:  - ПАТ "Банк Кредит Дніпро"  
 - Інший банк: \_\_\_\_\_

УДППЗ «Укрпошта»  
 - терміновий переказ (виплату можливо отримати у будь-якому автоматизованому відділенні Укрпошти (перелік відділень на сайті [www.ukrposhta.ua](http://www.ukrposhta.ua))  
 - поштовий переказ (виплата буде доставлена на будь-яку адресу в межах України)

адреса доставки - область: \_\_\_\_\_, район області: \_\_\_\_\_  
нас. пункт: \_\_\_\_\_, вул.: \_\_\_\_\_, буд.: \_\_\_\_\_, кв.: \_\_\_\_\_

Прощу розглянути цю заяву, згідно з чинним законодавством, визначити розмір страхового відшкодування та виплатити його відповідно до Договору страхування.

Зобов'язуюсь забезпечити страховику можливість огляду місця події, пошкоджених предметів та всі необхідні документи, що стосуються цієї події.

Зобов'язуюсь негайно письмово повідомити ПАТ "НАСК "ОРАНТА" у разі отримання (або подання відповідних документів для отримання) часткового або повного відшкодування заподіяної мені шкоди від інших фізичних та/або юридичних осіб.

Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моїм представником) є повною і правдивою та відповідає дійсності.

Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації ПАТ "НАСК "ОРАНТА" має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

Я відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»: надаю Страховику згоду (та гарантую, що мною виконано всі необхідні дії відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», в т.ч. отримано згоду суб'єкта персональних даних - стосується юридичних осіб) на здійснення обробки своїх персональних даних з метою реалізації цивільно-правових та адміністративно-правових відносин у обсязі та на строк, що необхідні для реалізації мети, а також на передачу своїх персональних даних третім особам та/або розпорядникам, які залучаються Страховиком; засвідчую, що ознайомлений (та повідомлено суб'єкта персональних даних - стосується юридичних осіб) зі ст. 8 вказаного закону щодо своїх прав як суб'єкта персональних даних та підтверджує, що повідомлений про включення інформації про нього до бази персональних даних Страховика, а також про склад та зміст зібраних персональних даних, мету збору персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

Прощу запити, повідомлення, будь-яку іншу інформацію направляти мені електронними листами на електронну адресу, зазначену в цьому повідомленні та смс (viber, тощо) повідомленнями за номер телефону, визначеному зазначену в цьому повідомленні.

Я, що підписався нижче, надаю право будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії, будь-якому іншому підприємству, установі, організації, закладу або будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які звернення щодо виплати або виплати страхового відшкодування, хвороби, нещасні випадки, лікування, обстеження, дослідження або госпіталізацію, здійснення захоронення від мого імені. Фотокопія цього Повідомлення є належним підтвердженням надання мною вищезазначених повноважень ПАТ «НАСК «ОРАНТА».

Я усвідомлюю, що відповідно до п.3. Положення про форму та зміст розрахункових документів, затвердженого Наказом Міністерства фінансів України від 21.01.2016 року № 13, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11.02.2016 р. за №220/28350, у разі відсутності в наданому документі хоча б одного з обов'язкових реквізитів, а також недотримання сфери його призначення, такий документ не приймається як розрахунковий.

Я, що підписався нижче, надаю право будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії, будь-якій іншій компанії, закладу або будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які хвороби, нещасні випадки, лікування, обстеження, дослідження або госпіталізацію. Фотокопія цього дозволу повинна бути правомірною як і оригінал.

Я усвідомлюю, що у разі ненадання відомостей про реквізити для перерахування страхового відшкодування ПАТ «НАСК «ОРАНТА» здійснить перерахування страхового відшкодування для виплати готівкою на один з системних банків (ПАТ «Ощадбанк», ПАТ "Банк Кредит Дніпро", ПАТ «Укрсоцбанк», ПАТ «КБ «Правекс-банк».

|   |  |                          |                                |
|---|--|--------------------------|--------------------------------|
| <b>Страхувальник:</b><br><small>(або уповноважений представник)</small> | / / / / /<br>Дата                      | _____<br>П.І.Б.          | _____<br>Підпис та М.П.        |
|   | Документ, що підтверджує повноваження: | _____<br>Назва документу | _____<br>№:<br>Номер документу |
|   |  |                          | / / / / /<br>Дата документу    |