

Реєстраційний №: \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.  
Підрозділ: \_\_\_\_\_  
ПІБ: \_\_\_\_\_ підпис: \_\_\_\_\_



Додаток 7 до наказу Голови Правління  
від «21» грудня 2021 р. № 224

## ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

за договором добровільного страхування медичних витрат, а також витрат,  
пов'язаних з невідкладною допомогою під час перебування за кордоном

<b>Страховальник</b> або <b>Вигодонабувач</b> або <b>Заявник</b>	П.І.Б. (найменування для організації): _____
адреса:	_____ тел: +38( _____ )
ІПН / код ЄДРПОУ:	_____ e-mail: _____

<b>Договір</b> <b>страхування</b>	серія: _____ № _____ , програма: _____
	строк дії з: _____ по _____

<b>Опис події</b>	Вид події (ризик): _____
	Дата події: _____, в період часу _____ по _____
	Місце події: _____
	Обставини події: _____ _____ _____
	Діагноз та наслідки: _____ _____
	З приводу нещасного випадку / гострого захворювання я звертався (-лась) до: _____ _____ (медичний заклад, правоохоронні органи, тощо)

**Причина перебування за кордоном**

<input type="checkbox"/> Відрядження	<input type="checkbox"/> Робота пов'язана з фізичною працею
<input type="checkbox"/> Туристична подорож	<input type="checkbox"/> Зайняття спортом, вид спорту: _____
<input type="checkbox"/> Інше: _____	

<b>Повідомлення</b> <b>сервісної</b> <b>служби</b>	Про подію повідомлено Сервісну службу: _____, приблизно _____
	Зазначити причину не повідомлення / невчасного повідомлення Сервісної служби: _____
	Зазначити перелік рекомендацій, які були надані Сервісною службою: _____

<b>Чи понесені</b> <b>Вами витрати?</b>	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
	За які медичні чи інші послуги понесено витрати: _____
	ким сплачено: _____, яким способом: _____, сума: _____

