

Реєстраційний №: \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

Підрозділ: \_\_\_\_\_

ПІБ: \_\_\_\_\_ підпис: \_\_\_\_\_



Додаток 5 до наказу Голови Правління  
від « 05 » грудня 2019 р. № 567

## ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

за договором страхування від нещасних випадків

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

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

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

<b>Опис події</b>	Вид події (ризик): _____
	Дата події: _____ , в період часу _____ по _____
	<small>Дата</small> <small>Місяць</small> <small>Рік</small> <small>години</small> <small>хвилини</small> <small>години</small> <small>хвилини</small>
	Місце події: _____
	Обставини події: _____ _____ _____
	Діагноз та наслідки: _____ _____ _____
	З приводу нещасного випадку я звертався (-лась) до: _____ _____ _____
	У медичному закладі надано таку первинну допомогу: _____ _____ _____
	<small>(медичний заклад, правоохоронні органи, тощо)</small>
	Подальше лікування проводилось під наглядом лікаря: _____ _____ _____
Було проведено таке лікування: _____ _____ _____	
<small>Зазначити медичний заклад та фах лікаря</small>	
За фактом події порушено кримінальну справу: _____ _____ _____	
<small>(Назва медикаментів іммобілізації, фізіотерапевтичне лікування, ЛФК)</small>	

Перелік документів, що додаються	1.	5.
	2.	5.
	3.	7.
	4.	8.

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

на рахунок: вид рахунку:   
(особистий, розрахунков., картковий, тощо)

№  У  А                       
(вказати номер рахунку, якщо виплата на картковий рахунок то зазначити транзитний рахунок)

в банку:  ЄДРПОУ / ІПН отримувача:                 
(найменування банку) (для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків),

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

Прожу 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.

Прожу 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 зазначеному 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 документів 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».

**Страховальник (Вигодонабувач, Заявник):**                 
(або уповноважений представник) Дата П.І.Б. Підпис та М.П.