

Реєстр. № _____
 від «___» _____ 201__ р.

ПрАТ «УСК «КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП»
 від _____
 проживаючого за адресою: _____

 паспорт серія _____ № _____
 виданий _____

 ПІН _____
 Контактний телефон _____

ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ

Страховальник (назва організації або П.І.Б.)	
Застрахована особа (П.І.Б.)	
Адреса для кореспонденції	
Номер договору страхування	№ _____
Дата настання нещасного випадку	«___» _____ 201__ р.
Місце настання нещасного випадку	
Обставини нещасного випадку	<input type="checkbox"/> дорожньо – транспортна пригода <input type="checkbox"/> асфіксія <input type="checkbox"/> утоплення <input type="checkbox"/> захворювання на сказ <input type="checkbox"/> падіння з висоти / у яму, колодязь та тому подібне <input type="checkbox"/> механічна травма від дії тупих, гострих предметів, вогнепальної зброї <input type="checkbox"/> ураження електричним струмом, у тому числі удар блискавкою <input type="checkbox"/> отруєння ліками, рослинами (у тому числі грибами), недоброякісними харчовими продуктами <input type="checkbox"/> ушкодження внаслідок контакту з тваринами, комахами, іншими представниками фауни, а також флори <input type="checkbox"/> захворювання правцем / ботулізмом внаслідок отримання травми <input type="checkbox"/> інші випадкові причини _____ _____
Чи було повідомлено компетентні органи про настання випадку ? (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/>)	Національна поліція <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ Лікувальний заклад <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
Дата звернення за медичною допомогою	«___» _____ 201__ р.
Назва медичного закладу, який надавав медичну допомогу	
Встановлений діагноз	
Ризик, який наступив (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> тимчасова втрата працездатності / травматичне ушкодження <input type="checkbox"/> встановлення ___ групи інвалідності <input type="checkbox"/> смерть

Заявник _____

Дата встановлення групи інвалідності або смерті	« ____ » _____ 201__ р.		
Термін лікування	з « ____ » _____ 201__ р. по « ____ » _____ 201__ р.		
Повідомлення Страховика про настання випадку за телефоном «Гарячої лінії» до написання цієї заяви (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		
Дата повідомлення Страховика про настання випадку за телефоном «Гарячої лінії»	« ____ » _____ 201__ р.		
Страхову виплату виплатити (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/>):	<input type="checkbox"/> через систему «МАСОВІ ВИПЛАТИ» ПАТ КБ ПРИВАТБАНК (отримання коштів в будь-якому відділенні ПАТ КБ «Приватбанк», при собі мати паспорт та ідентифікаційний код);		
	<input type="checkbox"/> безготівково за реквізитами:		
	<i>Для юр. та фіз. осіб</i>	рахунок	
		банк	
		МФО	
	код за ЄДРПОУ		
<i>Додатково лише для фіз. осіб</i>	особовий рахунок (№ карти)		
	для зарахування:		

Документи, що надаються (необхідне помітити знаком

- Оригінал договору страхування;
- Копія паспорту особи-одержувача страхової виплати;
- Копія ідентифікаційного податкового номеру особи-одержувача страхової виплати (ПН);
- Виписка із історії хвороби;
- Виписка з амбулаторної картки;
- Акт про нещасний випадок;
- Копія листка / листків непрацездатності або оригінал довідки про тимчасову непрацездатність;
- Довідка МСЕК про встановлення групи інвалідності;
- Копія карти реабілітації інваліда;
- Свідоцтво про смерть або його завірена копія;
- Оригінал / копія лікарського свідоцтва про причину смерті;
- Оригінал свідоцтва про право на спадщину;
- Інша медична документація _____

У зв'язку з набранням чинності Закону України «Про захист персональних даних», надаю згоду Страховику на обробку (збір, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну, поновлення, використання та поширення розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення персональних даних з метою та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних.

Наведена вище інформація також може передаватися третім особам, безпосередньо задіяним в обробці цих даних, а також в інших випадках, прямо передбачених законодавством.

Підписанням даної заяви посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних ЗАЯВНИКИ з метою та в обсязі, передбаченим чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних та підтверджую, що з правами, наданими ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних», та Положенням про захист персональних даних ознайомлений, і про місцезнаходження бази персональних даних повідомлений.

« ____ » _____ 201__ року _____ (підпис) (_____)

Заява та документи, що додаються, отримані

« ____ » _____ 201__ року _____ (підпис) (_____)

Заявник _____