

Реєстраційний номер заяви:	[Pattern]	<b>Голові Правління ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП"</b>	
		Страховальник (ПІБ):	
		Заявник (ПІБ):	
Дата реєстрації заяви:		Адреса проживання:	
		Номер телефону:	

### ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ

**Загальна інформація про подію:**

Дата та час події:		Місце події:	
Обставини випадку:	<input type="checkbox"/> дорожньо – транспортна пригода	<input type="checkbox"/> обвалення / обрушення предметів, матеріалів, породи, ґрунту	
	<input type="checkbox"/> наїзд транспортного засобу на пішохода	<input type="checkbox"/> дія рухомих деталей обладнання, машин, механізмів	
	<input type="checkbox"/> падіння під час пересування	<input type="checkbox"/> механічна травма від дії тупих, гострих предметів, знаряддя, вогнепальної зброї	
	<input type="checkbox"/> падіння в колодязь, ємність, яму тощо	<input type="checkbox"/> ураження електричним струмом, у тому числі удар блискавкою	
	<input type="checkbox"/> дія шкідливих і токсичних речовин	<input type="checkbox"/> термічна травма від дії високих або низьких температур	
	<input type="checkbox"/> дія іонізуючого випромінювання	<input type="checkbox"/> отруєння ліками, рослинами (у тому числі грибами), недоброякісними харчовими продуктами	
	<input type="checkbox"/> захворювання правцем / ботулізмом внаслідок отримання травми	<input type="checkbox"/> ушкодження внаслідок контакту з тваринами, комахами, іншими представниками фауни, а також флори	
	<input type="checkbox"/> отримання травми внаслідок стихійного лиха	<input type="checkbox"/> отримання травми внаслідок пожежі	
	<input type="checkbox"/> отримання травми внаслідок вибуху	<input type="checkbox"/> асфіксія	
	<input type="checkbox"/> утоплення	<input type="checkbox"/> захворювання на сказ	
<input type="checkbox"/> падіння з висоти	<input type="checkbox"/> інші випадкові причини _____		

**Дані Застрахованої особи:**

ПІБ:		ІПН:	
Адреса проживання:			

**Обставини випадку:**

Що послужило причиною настання нещасного випадку ?			
Чи було повідомлено органи ДАІ або інші компетентні органи про настання випадку?	<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	
Дата звернення за медичною допомогою			
Назва медичного закладу, де проводилося лікування			
Термін перебування на лікарняному листі	з _____ по _____		
Отримані травматичні ушкодження (діагноз)			

**Належну страхову виплату прошу здійснити шляхом перерахування коштів на рахунок:**

Отримувач:			
IBAN:	UA		
ЄДРПОУ/ІПН:			
Назва Банку:		особистий рахунок	

Я надаю ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП" згоду щодо обробки та використання моїх персональних даних, інформації та документів, які містять таємницю страхування, у цілях здійснення страхової діяльності Страховика. Я даю згоду на здійснення інформування від ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП" про стан розгляду моєї страхової справи та про проведення акцій в Компанії (у т.ч. пропозиції щодо пролонгації або укладення нових договорів страхування) за допомогою СМС, електронною поштою та інших засобів зв'язку за наданими мною реквізитами. Всі відомості, надані мною в цьому поясненні та додатках є правдивими. Я згідний, що в разі підтвердження щодо надання мною неправдивих відомостей про факт/причини/обставини страхового випадку, мені буде відмовлено у страховій виплаті.

Заявник:		Підпис:		Дата подання:	
(ПІБ)					