

Реєстр. № \_\_\_\_\_  
від «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

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

паспорт серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
виданий \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ПІН \_\_\_\_\_  
Контактний телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ

<b>Страховальник</b> (назва організації або П.І.Б.)	
<b>Застрахована особа</b> (П.І.Б.)	
<b>Адреса для листування</b>	
<b>Номер та дата договору страхування</b>	№ _____ від _____ 201__ р.
<b>Строк дії Договору страхування</b>	з «__» _____ 201__ р. по «__» _____ 201__ р.
<b>Строк перебування за кордоном</b>	_____ днів
<b>Програма страхування</b>	<input type="checkbox"/> А+ <input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> А1 <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/> С <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> НВ <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/> інша _____
<b>Дата настання випадку</b>	«__» _____ 202__ р.
<b>Країна випадку</b>	
<b>Місце випадку</b>	
<b>Обставини випадку</b>	
<b>Ризик, який наступив</b> (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> гостре захворювання <input type="checkbox"/> втрата багажу <input type="checkbox"/> нещасний випадок <input type="checkbox"/> втрата документів <input type="checkbox"/> придбання предметів першої необхідності <input type="checkbox"/> незручності використання авіаційного транспорту <input type="checkbox"/> інші надзвичайні обставини _____
<b>Дата звернення за допомогою</b>	«__» _____ 202__ р.
<b>Орган, в який було звернення за допомогою</b> (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> медичний заклад <input type="checkbox"/> асистуюча компанія <input type="checkbox"/> міграційна служба <input type="checkbox"/> інші компетентні органи _____
<b>Назва медичного закладу у разі звернення за медичною допомогою</b>	
<b>Надання невідкладної / негайної / екстреної допомоги</b> (вказати вид наданої допомоги, необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> амбулаторна допомога <input type="checkbox"/> медичне транспортування <input type="checkbox"/> стаціонарна допомога <input type="checkbox"/> медична евакуація <input type="checkbox"/> виклик швидкої медичної допомоги <input type="checkbox"/> невідкладна стоматологічна допомога <input type="checkbox"/> репатріація тіла <input type="checkbox"/> інше _____

Заявник \_\_\_\_\_

<b>Перелік наданих медичних послуг</b> (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> огляд лікаря <input type="checkbox"/> діагностичні дослідження <input type="checkbox"/> проведення лікувальних заходів <input type="checkbox"/> інше _____
<b>Характер події (діагноз)</b>	
<b>Повідомлення про випадок до написання цієї заяви</b> (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> )	«Гаряча лінія» страхової компанії <input type="checkbox"/> Асистуюча компанії <input type="checkbox"/> Viber страхової компанії <input type="checkbox"/> WhatsApp страхової компанії <input type="checkbox"/> Раніше не повідомлялося <input type="checkbox"/>
<b>Дата звернення в звернення з повідомленням про випадок</b> (до написання цієї заяви)	«___» _____ 202__ р.
<b>Дата повернення на територію України</b>	«___» _____ 202__ р.
<b>Я самостійно сплатив (ла) витрати за надану допомогу в сумі</b> _____ (сума в валюті)	
Своїм підписом підтверджую, що мною не було заявлено про настання зазначеного випадку до інших страхових компаній та / або осіб, відповідальних за настання випадку та не було отримано страхового відшкодування / компенсації понесених збитків (матеріальна / моральна шкода) від інших страхових компаній та / або осіб, відповідальних за настання зазначеного випадку  _____ (підпис)	

<b>Страхову виплату / страхове відшкодування виплатити</b> (необхідне помітити знаком <input checked="" type="checkbox"/> ):	<input type="checkbox"/> безготівково за реквізитами:	
	IBAN	
	Назва банку	
	код ЄДРПОУ банку / ПІН отримувача	
	особовий рахунок (якщо передбачено у реквізитах)	
	для зарахування (ПІБ отримувача):	

**Документи, що надаються** (необхідне помітити знаком ):

<b>Обов'язкові</b>	<input type="checkbox"/> Оригінал договору страхування;
	<input type="checkbox"/> Оригінал квитанції про сплату страхової премії
	<input type="checkbox"/> Копія паспорту громадянина України;
	<input type="checkbox"/> Копія ідентифікаційного податкового номеру (ПІН)
	<input type="checkbox"/> Копія всіх сторінок закордонного паспорту;
<b>Захворювання або нещасний випадок</b>	<input type="checkbox"/> Оригінал медичного рапорту,
	<input type="checkbox"/> Оригінал рахунку медичного закладу з зазначеним переліком та вартістю наданих послуг;

Заявник \_\_\_\_\_

	<input type="checkbox"/> Оригінали рецептів лікаря; <input type="checkbox"/> Оригінали квитанцій про сплату за надану медичну допомогу; <input type="checkbox"/> Оригінали чеків про сплату за медикаменти;
<b>Втрата багажу та / або документів, придбання предметів першої необхідності</b>	<input type="checkbox"/> Оригінали квитанцій про придбання предметів першої необхідності; <input type="checkbox"/> Документи, що підтверджують втрату або затримку багажу; <input type="checkbox"/> Документи, що підтверджують втрату документів; <input type="checkbox"/> інші документи _____
<b>Смерть</b>	<input type="checkbox"/> Завірена копія свідоцтва про смерть; <input type="checkbox"/> Оригінали / копії документів розслідування поліції щодо смерті застрахованої особи; <input type="checkbox"/> Оригінал документу щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи (або її поховання за кордоном);
<b>Інша документація (вказати які)</b>	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

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.

Я проінформований (-а), що надавши недостовірні відомості в заяві, мені буде відмовлено у виплаті страхового відшкодування.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ року ( \_\_\_\_\_ )  
(підпис)

Заява та документи, що додаються, отримані

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ року ( \_\_\_\_\_ )  
(підпис)

Заявник \_\_\_\_\_