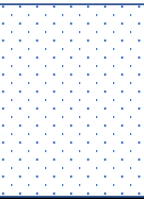


Реєстраційний номер заяви:		Голові Правління ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП"	
		Страховальник (ПІБ):	
		Заявник (ПІБ):	
Дата реєстрації заяви:		Адреса проживання:	
		Номер телефону:	

ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ

Загальна інформація про подію:

Дата та час події:		Країна події:	
--------------------	--	---------------	--

Дані Застрахованої особи:

ПІБ:		ІПН:	
Адреса проживання:			

Обставини випадку:

Обставини випадку:	<input type="checkbox"/> гостре захворювання	<input type="checkbox"/> профілактичні заходи
	<input type="checkbox"/> загострення хронічного захворювання	<input type="checkbox"/> оздоровчі заходи
	<input type="checkbox"/> розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку	

Дата звернення за медичною допомогою	
--------------------------------------	--

Назва медичного закладу, де проводилося лікування	
---	--

Надана медична допомога	<input type="checkbox"/> швидка невідкладна медична допомога	<input type="checkbox"/> амбулаторно - поліклінічна допомога
	<input type="checkbox"/> стаціонарна допомога	<input type="checkbox"/> інша
	<input type="checkbox"/> стоматологічна допомога	

Термін перебування на лікарняному листі	з _____ по _____
---	------------------

Діагноз	
---------	--

Я надаю фінансові документи, що підтверджують мої витрати у розмірі, вказати валюту оплати	
--	--

Належну страхову виплату прошу здійснити шляхом перерахування коштів на рахунок:

Отримувач:			
ІВАН:	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 місять 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)					