



від \_\_\_\_\_  
ПІБ Застрахованої особи/Страховальника  
паспорт № \_\_\_\_\_  
виданий \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ р.  
місце проживання \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ідентифікаційний код (ПІН) № \_\_\_\_\_  
за договором № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ р.  
(Застрахована особа \_\_\_\_\_)  
контактн. телефон заявника \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА на страхову виплату

Прошу Вас розглянути дану заяву та додані до неї документи щодо визнання страховою події, що відбулася із  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. в \_\_\_\_\_.  
(П.І.н.Б. Застрахованої особи) (дата події) (місце події)

Опис події (факт та обставини випадку, що має ознаки страхового):

Яка медична допомога була надана і де саме:

Діагноз, встановлений медичною установою:

Повідомлення про подію було надано \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 201\_\_ р. об \_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв. за номером тел.: \_\_\_\_\_  
До заяви додаю:

п/п	Документи	Кількість
1.	Копію паспорту чи іншого документу, що засвідчує особу (Застрахованої особи та Вигодонабувача)	
2.	Копію довідки про індивідуальний податковий номер (Вигодонабувача)	
3.	Оригінал чи копію договору страхування	
4.	Копію лікарняного листка (чи довідки для непрацюючих осіб)	
5.	Оригінали усіх медичних документів (виписки, довідки, ін.)	
6.	Оригінали рахунків медичних закладів та рецептів на медикаменти (в разі призначення медикаментів)	
7.	Оригінали квитанцій/чеків/ін., що підтверджують здійснення мною оплати медичних послуг та/чи медикаментів	
8.	додатково	

У разі визнання події страховою, страхову виплату прошу здійснити на мій особистий рахунок (не зарплатний)  
№ \_\_\_\_\_, відкритий в банку \_\_\_\_\_,  
МФО \_\_\_\_\_, ЄДРПОУ \_\_\_\_\_, п/р банка (транзитний) \_\_\_\_\_.

Я підтверджую, що надана мною інформація та документи є достовірними.

Я надаю згоду, у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» №2297-VI, щодо обробки та використання моїх персональних даних ТДВ «СК «ГАРДІАН» у цілях здійснення страхової діяльності, підтверджую, що ознайомлений(на) про свої відповідні права, мету збору даних та осіб, яким вони можуть надаватись.

Я надаю згоду та прошу осіб, що мають будь-яку інформацію щодо стану мого здоров'я, повідомляти таку інформацію в ТДВ «СК «ГАРДІАН» за відповідним запитом

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ підпис