

від \_\_\_\_\_  
*ПІБ Застрахованої особи/Страховальника/Вигодонабувача*  
паспорт № \_\_\_\_\_  
виданий \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ р.  
місце проживання \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ідентифікаційний код (РНОКПП) № \_\_\_\_\_  
Договір страхування № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ р.  
(Застрахована особа \_\_\_\_\_ )  
контактний телефон заявника \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА на страхову виплату

Прошу Вас розглянути цю заяву та додані до неї документи щодо визнання страховою події, що відбулася із  
\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ р. в \_\_\_\_\_  
(П.І.н.Б. Застрахованої особи) (дата події) (місце події)

Опис події (дата, час, причини та обставини випадку, що має ознаки страхового):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Яка медична допомога була надана і де саме:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Діагноз, що встановлений медичною установою:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Повідомлення про подію було надано \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 202\_ р. об \_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв. за номером тел.: \_\_\_\_\_

До заяви додаю:

п\п	Документи	Кількість
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

У разі визнання події страховою, страхову виплату прошу провести на мій особистий рахунок в національній валюті згідно наступних реквізитів:

IBAN: \_\_\_\_\_, ПІН \_\_\_\_\_

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

Я надаю згоду у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» №2297-VI на збір, обробку та використання моїх персональних даних ТДВ «СК «ГАРДІАН» у цілях здійснення страхової діяльності, підтверджую, що ознайомлений(на) із своїми відповідними правами, метою збору даних та особами, яким вони можуть надаватись.

Я надаю дозвіл / згоду медичним працівникам на розкриття інформації ТДВ «СК «ГАРДІАН» або уповноваженій ним особі щодо стану здоров'я Застрахованої особи (яку отримав під час укладення договору страхування) та знімаю з медичних працівників (лікарів) відповідальність за збереження лікарської таємниці.

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

підпис