

(П.І.Б., адреса, телефони, ЗАЯВНИКА)

(П.І.Б., адреса, телефони ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, з якою сталася подія)

Договір страхування Поліс № _____
термін дії: з “___” _____ 20__ р.
по “___” _____ 20__ р.

ЗАЯВА
про визнання події страховим випадком

“___” _____ 20__ р.
(опис обставин події: дата настання події, опис симптомів/ перебування в обсервації)

стався випадок -?

(обсервація, амбулаторне лікування, стаціонарне лікування, стаціонарне лікування у відділенні інтенсивної терапії,
період лікування /смерть)

Після настання вказаної вище події звертались по допомогу до _____

(назва медичного закладу, перелік наданих послуг, встановлений діагноз)

Чи укладались Договори страхування з іншими Страховими компаніями _____
(вказати назву Страховика)

На підставі вищевикладеного та керуючись умовами Закону України “Про страхування” та Договору страхування прошу розглянути питання відносно визнання випадку страховим та можливості отримання виплати страхового відшкодування, яку прошу здійснити із каси Страховика або на наступні банківські реквізити: назва банку _____, МФО банку _____, р/р банку (у гривні) у форматі IBAN _____, № карткового рахунку _____.

Додаток:

Шляхом підписання даної заяви надаю ПрАТ «ХМСК» свою добровільну та однозначну згоду на обробку своїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» у т.ч. на передачу їх розпорядникам/третім особам без наступного повідомлення про їх передачу з метою виконання Договору страхування, Порядку обробки персональних даних в ПрАТ „ХМСК”, а також в інших випадках, передбачених законодавством України. Повідомлений про свої права, визначені ЗУ «Про захист персональних даних», та мету збору, яка передбачена чинним законодавством України та Порядком обробки персональних даних в ПрАТ «ХМСК».

Заявник _____ підпис, П.І.Б., дата