



Голові правління
ПАТ "Страхова компанія "Універсальна"
Музичку О.В.

П.І.Б. _____
паспорт серія: _____ № _____
виданий _____

місце проживання _____
контактний тел.: _____

З А Я В А на отримання страхової виплати

Я, _____
П.І.Б., рік народження Страхувальника (Застрахованого, Постраждалого) або спадкоємця _____

Прощу здійснити страхову виплату згідно умов Договору страхування № _____, внаслідок випадку, що стався:

_____ (дата, місце та обставини настання випадку)

_____ в розмірі _____ грн.

Я поінформований (-а), що надавши недостовірні відомості в заяві або недостовірні документи, могу бути позбавлений(-а) права на отримання страхової виплати.

Відшкодування по даному випадку не отримував (-а) / отримував (-ла) у сумі _____ грн.

До заяви додаю наступні документи:

1. Копію Договору страхування № _____ строк дії з "___" _____ 200_р. до "___" _____ 200_р. ;
2. Довідку медичного закладу встановленої форми, з встановленим діагнозом та об'ємом наданої медичної допомоги, завірену штампом медичного закладу, печаткою та підписом лікуючого лікаря.
3. Листок непрацездатності, оформлений згідно чинного законодавства
4. Висновок медико-соціальної комісії про встановлення інвалідності
5. Акт про нещасний випадок на виробництві (форма Н-1)
6. Свідоцтво про смерть або його нотаріально завірену копію
7. Паспорт (копія)
8. Ідентифікаційний код (копія)
9. _____
10. _____

Виплату прошу здійснити шляхом _____

З підписанням даної заяви я надаю згоду та уповноважую працівників страхової компанії на отримання будь-якої інформації, що стосується страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів.

У разі отримання страхової виплати готівкою або банківським переказом затрати на банківські послуги (РКО, відсоток за перерахування через платіжну систему) прошу проводити за мій рахунок.

Страхувальник (Застрахований/Постраждалий)

_____ (підпис)

_____ (П.І.Б.)

"___" _____ 200_р.