UNIVERSALNA
A FAIRFAX COMPANY

Голові правління
ПрАТ “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 Застрахованої особи

Прошу здійснити страхову виплату згідно умов Договору страхування №_____ від «___» ___20___року, внаслідок випадку захворювання, що стався «___» ___20___року, а саме:_____
(діагноз)
що спричинило необхідність отримання **медичних послуг/медикаментозних препаратів**
в _____
(назва лікувальної установи чи аптеки)
_____ в розмірі _____ грн.

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

До заяви додаю наступні документи:

1. Копію Договору страхування
2. Паспорт (копія)
3. Ідентифікаційний код (копія)
4. Копію медичної документації встановленої форми (довідка з медичного закладу, виписка із медичної картки стаціонарного (амбулаторного) хворого, з встановленим діагнозом та об’ємом наданої медичної допомоги, рецепти на медикаменти, направлення і результати досліджень, всі документи повинні бути завірені штампом медичного закладу, печаткою та підписом лікуючого лікаря).
5. Копію листка непрацездатності, оформленого згідно чинного законодавства.
6. Чеки, квитанції про сплату.
7. _____

Виплату прошу здійснити шляхом :

1. Перерахування системою «Аваль-Експрес» (вказати ТАК чи НІ)_____
2. Перерахування на розрахунковий рахунок:
   – Назва банку_____
   – Рахунок отримувача (у форматі IBAN) UA_____
   – СКР (за наявності)_____

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.

Надаю безумовну та безстрокову згоду на обробку своїх персональних даних, зокрема, їх збирання, реєстрацію, накопичення, зберігання, адаптування, зміну (в тому числі за зверненнями третіх осіб), поновлення, використання і поширення (розповсюдження, реалізацію, передачу), знеособлення, знищення, у тому числі з використанням інформаційних (автоматизованих) систем, з метою реалізації визначених законодавством прав та обов'язків Страховика .

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

Застрахована особа

_____ _____
(підпис) (П.І.Б.)

“____” _____ 20___ р.