

**Голові правління
ПРАТ СК «АРМА»
Фетісовій Л. В.**від _____
(П.І.Б. Заявника)адреса, телефон: _____
_____паспорт серія _____ № _____
виданий _____
_____**ЗАЯВА
на страхову виплату**Прошу здійснити страхову виплату згідно із міжнародним договором страхування серії
№ _____ від «___» _____ 201__ р.

Вид страхування	Добровільне страхування медичних витрат		
Страховальник			
Адреса, телефон			
Строк дії Договору	днів	з	до
П.І.Б. Застрахованої особи, з якою сталася подія			
Адреса Застрахованої особи			
Країна, де сталася страхова подія			
Дата страхової події			
Вид випадку: раптова хвороба, нещасний випадок, смерть, інше			
Короткий опис обставин події			
Дата звернення до Сервісної компанії або причини не звернення до Сервісної компанії			
Дата звернення до медичного закладу			
Діагноз			

Лікування (амбулаторне/стаціонарне, днів)		
Медичні витрати	огляд лікаря	
	перебування у стаціонарі	
	медикаменти	
	інше	
	всього	
Інші витрати (якщо вони були здійснені та передбачені програмою страхування)		
Страхову виплату прошу сплатити: безготівково / готівкою з каси		
Реквізити банківської установи (у разі перерахування на п/р)	повне найменування банку	
	код ЄДРПОУ банку	
	п/р банку	
	МФО банку	
	для зарахування на особистий рахунок №	
	П.І.Б. отримувача	

До цієї Заяви додаються:

1. оригінал міжнародного договору страхування № _____
2. копія паспорту громадянина України (1-4 сторінки)
3. копія закордонного паспорту громадянина України (перша сторінка та сторінки із візами)
4. копія облікової картки платника податків України (або ідентифікаційний номер згідно з Державним реєстром фізичних осіб - платників податків та інших обов'язкових платежів)
5. довідка медичного закладу _____
6. документи про оплату _____
7. інші (вказати) _____
8. _____

Я:

- зобов'язуюсь надати достовірну інформацію, яка повністю розкриває обставини страхової події і необхідна для встановлення факту страхового випадку та надати відповідні документи щодо підтвердження цього факту;
- поінформований (-а), що надання неправдивих відомостей, може бути причиною відмови у страховій виплаті;
- поінформований (-а), що реєстрація Страховиком цієї Заяви не є підтвердження згоди Страховика на здійснення страхової виплати;
- підписанням цієї Заяви підтверджую, що повідомлений про: мету збору моїх персональних даних; найменування, призначення та місцезнаходження бази персональних даних, яка містить персональні дані; склад та зміст зібраних персональних даних; дії з персональними даними щодо їх обробки; строк зберігання персональних даних; свої права, як суб'єкта персональних даних; розпорядників персональних даних; осіб, яким передаються його персональні дані.

Застрахована особа

_____ (підпис)

/ _____ / (П.І.Б.)

“ _____ ” _____ 201__ р.