



Голові правління  
ПрАТ “Страхова компанія ”Універсальна”  
Музичку О.В.

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
паспорт серія: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
ПІН (Ідентифікаційний код) \_\_\_\_\_

місце проживання (населений  
пункт) \_\_\_\_\_  
контактний тел. та ел.адреса при наявності.:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 згідно № \_\_\_\_\_ 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 та/або страхової картки
2. Паспорт або ід-карта (копія)
3. ПІН (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. Фіскальні чеки або банківська квитанція при сплаті через касу банку із зазначенням призначення платежу та акт виконаних робіт/товарна накладна/рахунок-фактура, на підставі якої здійснена оплата, із зазначенням переліку та вартості проведених діагностичних обстежень

Виплату прошу здійснити шляхом :

1. Перерахування на розрахунковий рахунок:
  - Назва банку \_\_\_\_\_
  - Рахунок отримувача (у форматі IBAN) UA \_\_\_\_\_
  - СКР (за наявності) \_\_\_\_\_
2. Перерахування системою «Аваль-Експрес» (вказати ТАК чи НІ) \_\_\_\_\_

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

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ (П.І.Б.) \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)