



ПрАТ СК «ІНТЕР-ПОЛІС»

Від \_\_\_\_\_

проживаючого за адресою: індекс \_\_\_\_\_

паспорт серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
виданий \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

### З А Я В А

Згідно з умовами Договору добровільного медичного страхування від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року, № \_\_\_\_\_, та Правилами добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) затверджені наказом Голови Правління ПрАТ СК «ІНТЕР-ПОЛІС» від 12.08.2020 р. № 31., зареєстрованими Комітетом з питань нагляду та регулювання діяльності ринків небанківських фінансових послуг Національного банку України, розпорядження від 11.09.2020 р. № 21/305-пк, Ліцензія АВ № 483041 видана Держфінпослуг 16.10.2009р., прошу здійснити страхову виплату.

**Подія**, що має ознаки страхового випадку трапилась « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року

**Обставини події** \_\_\_\_\_

За допомогою звернувся (лась) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р. в \_\_\_\_\_

(назва медичного закладу)

де була надана необхідна медична допомога, а саме:

**Про випадок повідомлено до Контакт-центру** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

Про випадок не повідомив (вказати причину) \_\_\_\_\_

**Документи, що надаються** (позначити)

- Копія Договору страхування;
- Копія посвідчення застрахованого пенсіонера та відрізний талон до посвідчення застрахованого пенсіонера (для пенсіонерів);
- Копія паспорту (1-ї, 2-ї та сторінки з реєстрацією);
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру;
- Копія листа тимчасової непрацездатності (для працюючих);
- Копія витягу з «Медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого»;
- Оригінали квитанцій про сплату за надану медичну допомогу;
- Оригінали фіскальних чеків про сплату за лікарські засоби з аптеки та товарні чеки, якщо у фіскальному чеку немає назв медикаментів;
- Якщо послуга надана Приватним Підприємцем (СПД, ФОП, ПП), також необхідні:
  - копія Ліцензії на здійснення медичної практики (послуг);
  - копія Свідоцтва про сплату єдиного податку;
  - копія Свідоцтва про Державну реєстрацію;
- Інша медична документація (рентгенограма, інше) \_\_\_\_\_

**Страхову виплату в сумі** \_\_\_\_\_ прошу здійснити шляхом

ПІБ отримувача \_\_\_\_\_

Назва банку \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Заявник цим документом дає згоду на обробку його персональних даних, згідно з вимогами Закону України „Про захист персональних даних ” з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності, забезпечення реалізації адміністративно-правових відносин, відносин у сфері бухгалтерського обліку та ведення внутрішніх баз даних ПАТ «СК «Інтер-поліс». Цим документом Заявник підтверджує, що повідомлений, про те, що його персональні дані включені в базу персональних даних ПАТ «СК «Інтер-поліс ” і вони можуть бути передані третім особам. Зміст прав як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України „Про захист персональних даних ” Заявнику відомий і зрозумілий.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року

(підпис)

(ПІБ заявника)