



в.о. Голові Правління - виконавчому директору ПрАТ "СК "Місто" Федіні Ю.В

від \_\_\_\_\_ (ПІБ)

Заяву отримано:  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ р.  
\_\_\_\_\_  
(П.І.Б. працівника)

Паспортні дані  
Адреса  
Телефон

**ЗАЯВА  
про страхову подію**

Страхувальник  
(назва організації або П.І.Б.)

Застрахована особа (П.І.Б.)

Договір страхування № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

Термін дії Договору з \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Дата події \_\_\_\_\_ Місце події \_\_\_\_\_

Обставини та характер події

Про подію заявлено  
(до написання цієї заяви)

готівкою (через касу Страховика);  без готівково за реквізитами:

Для юр. та фіз. осіб

Отримувач	_____
Код за ЄДРПОУ	_____
Рахунок	_____
Банк	_____
МФО	_____
Додатково лише для фіз. осіб	Особовий рахунок (№ картки) _____
	Для зарахування: _____

Страхове відшкодування  
виплатити (необхідне  
помітити знаком ):

**Перелік документів, що додаються до заяви (наявне помітити знаком ):**

1. Оригінал договору страхування	
2. Оригінал медичного висновку лікаря медичного закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу	
3. Оригінал рахунку медичного закладу на оплату медичних послуг	
4. Оригінал квитанції, що підтверджує його оплату	
5. Оригінали рецептів на придбання ліків	
6. Оригінали чеків про оплату призначених лікарем ліків.	
7. Оригінали проїзних документів.	
8. Оригінал свідоцтва про смерть	
9. Оригінал документу щодо послуг перевезення тіла Застрахованої особи (або її поховання за кордоном)	
10. Копії документів, що посвідчують особу Страхувальника (Застрахованої особи):	
10.1. Паспорту громадянина України Страхувальника (Застрахованої особи) (перша та друга сторінки)	
10.2. Закордонного паспорту Страхувальника (Застрахованої особи) (перша сторінка та сторінки із відмітками про перетин кордону під час дії полісу)	
10.3. Довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру Страхувальнику (Застрахованій особі)	
11. Інше (вказати)	

Прошу розглянути заяву та сплатити страхове відшкодування відповідно до умов договору страхування.

Достовірність та правдивість всієї інформації в даній заяві підтверджую. Попереджений, що в разі надання мною завідомо неправдивої інформації стосовно обставин зазначеної у заяві події, мені може бути відмовлено у виплаті страхового відшкодування.

Заявник (Страхувальник/Застрахована особа/ Вигодонабувач /інша третя особа):

\_\_\_\_\_  
П.І.Б.

\_\_\_\_\_  
підпис