



Заява на отримання страхової виплати

1. Заявник

Вигодонабувач Представник Вигодонабувача (за законом/за довіреністю) Страхувальник Застрахована особа

ПІБ _____

Дата народження [][] . [][] . [][][][] РНОКПП [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Паспортні дані: серія _____ номер _____ виданий _____

_____ дата видачі [][] . [][] . [][][][]

Адреса проживання: індекс [][][][] _____, _____

Контактний телефон _____ Е-mail _____ @ _____

2. Договори страхування

Договір(-ори) страхування № _____

ПІБ Застрахованої особи, у якій настала подія, що має ознаки страхового випадку: _____

_____ , дата народження [][] . [][] . [][][][]

3. Інформація про подію, що має ознаки страхового випадку

Смерть Застрахованої особи Стійка втрата працездатності (інвалідність) Застрахованої особи

Смертельно-небезпечне захворювання Тілесні ушкодження

Звільнення від сплати страхових внесків

Дата настання випадку [][] . [][] . [][][][]

Обставини та опис випадку _____

Медичний заклад (назва та адреса) _____

Правоохоронні органи (назва та адреса) _____

4. Спосіб отримання страхової виплати

Переказати кошти на банківський рахунок (необхідно надати довідку з реквізитами)

Зарахувати як страховий внесок за Договором страхування: _____

5. Додатки

Оригінал Договору (полісу) страхування та додатків до нього (у разі смерті Застрахованої особи)

Копії паспорта та РНОКПП Заявника (завірені власником)

Свідоцтво про смерть (оригінал або нотаріально засвідчена копія)

Довідка про причину смерті/лікарське свідоцтво про смерть (копія)

Документ, що підтверджує право на отримання страхової виплати (для спадкоємців та законних представників)

Документ, що посвідчує ступінь споріднення Вигодонабувача(-ів) із Застрахованою особою/ Страхувальником (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) (копія)

Висновок МСЕК про встановлення інвалідності (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ)

Оригінал чи завірена копія документу лікувально-профілактичного, клінічного або іншого лікувального закладу, що містить кваліфікований висновок спеціаліста в сфері медицини, який відповідає діагнозу Смертельно-небезпечного захворювання (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ)

Довідка із травмпункту та/або лікарняна виписка (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ)

Рентгенограма (за наявності)

Медична карта амбулаторного хворого (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ)

Документи з правоохоронних органів (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ)

6. Опитувальник

Я надаю дозвіл будь-якому медичному працівнику та/або медичній установі, що мають інформацію про мою історію хвороби, фізичний чи психічний стан, діагноз, лікування та прогноз, надавати її, в разі необхідності, ТДВ «СК «ГЛІ» (далі – Страховик) або представникам Страховика (тільки якщо Заявник є Застрахованою особою).

Надаю свою згоду Страховику на обробку моїх персональних даних які були надані мною або стали відомі йому при укладенні та протягом дії договору страхування, в тому числі інформації про стан мого здоров'я, яка включає буду-яку дію або сукупність дій, здійснених повністю або частково в інформаційній системі та/або в картотеках персональних даних, які пов'язані зі збиранням, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і передачею, в тому числі страховому посереднику, знеособленням, знищенням відомостей про мене з метою забезпечення реалізації відносин зі страхування а також адміністративно – правових, податкових та відносин у сфері бухгалтерського обліку. Ця згода надається мною на строк реалізації зазначених відносин та може бути відкликана шляхом направлення мною письмового повідомлення Страховику за один місяць до моменту відкликання згоди.

Я надаю дозвіл Страховику використовувати цю інформацію тільки для вирішення питань, що пов'язані зі страхуванням, для прийняття рішення про страхову виплату, її розміри та для здійснення страхової виплати.

Я письмово повідомлений про включення інформації про мене до бази персональних даних Страховика, про свої права визначені Законом України «Про захист персональних даних», мету збору моїх персональних даних та осіб яким вони передаються.

Даю згоду на використання Страховиком факсимільного відтворення підпису Страховика (його уповноваженої особи) та відтиску його печатки за допомогою засобів механічного, електронного або іншого копіювання як аналога власноручних підпису та відтиску печатки. З Договором-пропозицією про використання факсимільного відтворення підпису ознайомився на сайті Страховика gli.com.ua.

Згідно з вимогами Закону України №361-IX «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму, фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» від 06.12.2019 року, просимо вказати інформацію за наступними питаннями:

1. Чи належите Ви до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб (або були протягом останніх 12 місяців)?

Ні Так (Уточнюючий перелік осіб та повний опитувальник розміщені на офіційному сайті Страховика gli.com.ua)

2. Фінансовий стан (середньомісячний дохід): до 10 000 грн 10 001-30 000 грн 30 001-50 000 грн більше 50 001 грн

або вказати, де розміщена декларація _____

Заявник:

_____/_____
(підпис) (ініціали та прізвище)

Дата підписання:

. .