

 <p>СТРАХОВА ГРУПА ТАС</p>	Голові правління АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) від _____ (П.І.Б заявника/назва для юридичної особи)
	адреса: _____ _____ _____ тел./Viber: _____ контактна особа: _____ E-mai: _____
Реєстраційний № _____ " _____ " _____ 20 _____ р.	

ЗАЯВА ПРО СТРАХОВУ ПОДІЮ

Страховальник (назва організації або П.І.Б.)			
Застрахована особа (П.І.Б.)			
Договір страхування	№ _____	від " _____ "	_____ 20 _____ р.
Дата події		Місце події	
Характер події (обставини настання випадку, заходи, що були вжиті, діагноз)	_____ _____ _____		
Про подію заявлено (дата звернення за вказаним у Договорі контактам, номер телефону з якого було здійснено дзвінок)		_____ _____	
Страхову виплату прошу здійснити: (необхідне відмітити знаком <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> через систему "Масові виплати" (ПриватБанк) <input type="checkbox"/> через систему "Швидка Копійка" (Ощадбанк) <input type="checkbox"/> на рахунок у банку за наступними реквізитами: IBAN UA _____ РНОКПП (ідентифікаційний податковий номер) _____ код ЄДРПОУ _____		

Примітка: Документи, що додаються до заяви (в копіях, завірених копіях або оригіналах відповідно до вимог чинного Законодавства України та за рішенням Страховальника/ Страховика/Застрахованої особи): (наявне відмітити знаком):

1. Копія Договору страхування	
2. МЕДИЧНІ ДОКУМЕНТИ:	
2.1 Оригінал медичного висновку лікаря медичного закладу, в якому Застрахована особа отримала медичну допомогу (виписка з карти амбулаторного (стаціонарного) хворого)	
2.2 Довідка МСЕК	2.3 Лікарняний лист
2.4 Копія лікарського свідоцтва про смерть	
2.5 Висновок судмедексперта	2.6 Копія амбулаторної карти
2.7 Результати обстежень	
3. Оригінал рахунку медичного закладу на оплату медичних послуг, інвойс	
4. Оригінал квитанції, що підтверджує оплату рахунку	
5. Оригінали рецептів на придбання ліків	6. Оригінали проїзних документів
7. Оригінали чеків про оплату призначених лікарем ліків	8. Свідоцтво про смерть ЗО
9. Оригінал документу щодо послуг перевезення тіла ЗО (або її поховання за кордоном, кремації)	
10. Копії документів, що посвідчують особу Страховальника (Застрахованої особи):	10.1 РНОКПП
10.2 Паспорт (всі заповнені сторінки паспорта у розвороті: 1-7 сторінка, сторінка з місцем реєстрації) у формі книжечки або копія паспорта у формі ID-картки (з обох сторін) із копією довідки про реєстрацію місця проживання	
10.3 Закордонного паспорта Страховальника (Застрахованої особи) (1 (перша) сторінка та сторінки із відмітками про перетин кордону під час дії полісу)	
11. ДОКУМЕНТИ, ВИДАНІ ОРГАНАМИ ДЕРЖВЛАДИ:	
11.1 Свідоцтво про смерть, видане органом державної реєстрації актів цивільного стану	

11.2 Свідоцтво про народження	11.3 Свідоцтво про одруження/розлучення, зміну прізвища	
11.4 Ліцензія ЛПУ на здійснення медичної практики (наданих послуг) та свідоцтво про державну реєстрацію		
11.5 Посвідчення водія	11.6 Довідка з поліції (про участь в ДТП, відкриття впровадження)	
11.7 Техпаспорт	11.8 Ухвала суду	12. Інше (вказати)

Попереджений(- на), що в разі надання недостовірної інформації або отримання страхової виплати за наслідком цієї події за іншим договором страхування мені може бути відмовлено у відшкодуванні шкоди та притягнуто до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Попереджений(- на), що Страховик залишає за собою право вимагати оригінали документів без роз'яснення причини.

Попереджений(- на), про необхідність зберігати оригінали усіх фінансових документів протягом 3 років після отримання послуг.

Відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» шляхом підписання цієї заяви надаю згоду АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) на обробку персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщено на офіційному сайті компанії www.sgtas.ua).

Усвідомлюю та надаю дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування, включаючи інформацію з обмеженим доступом, з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.

Посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних ЗАЯВНИКИ, володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, свої права, мету збору персональних даних, осіб, яким передаються персональні дані та порядок доступу до персональних даних суб'єкта персональних даних, розпорядників та третіх осіб, яким передаються персональні дані.

Надаю згоду на отримання мною електронних повідомлень від ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА "СТРАХОВА ГРУПА "ТАС" будь-яким способом з метою інформування мене про стан врегулювання справи, а також про страхові послуги АТ "СГ "ТАС" (ПРИВАТНЕ) та/або продукти (товари, послуги) юридичних осіб, що входять до Банківської Групи «ТАС»."

Прошу направити письмове повідомлення про прийняте рішення (у визначених договором страхування випадках) в електронній формі на вказаний мною Е-mail або номер мобільного телефону. Погоджуюсь, що повідомлення про рішення надіслане мені вищезазначеним чином є офіційним рішенням Страховика. Обізнаний, що у разі необхідності, за моїм зверненням, Страховик буде зобов'язаний виготовити паперову форму рішення і направити на вказану мною адресу, або видати вручну, протягом 5 робочих днів.

Проінформований про покладені на суб'єкта первинного фінансового моніторингу зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом або фінансування тероризму.

Надаю згоду та дозволяю медичним закладам, фінансовим установам, представникам національної поліції України, бюро судово-медичної експертизи, судам з метою визнання події страховою надавати на запити АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) інформацію, в тому числі, але не обмежуючись й такою, що є конфіденційною, чи містить лікарську, медичну, фінансову, комерційну таємницю. Відповідальність за збереження запитуваної інформації покладаю на АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) та забороняю АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) її розголошення в будь-якій формі, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

Страховальник (представник) _____
(підпис) (ПІБ)

“ _____ ” _____ 20 _____ року

Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта - власника інформації, що становить таємницю страхування.

(підпис)

(ПІБ)

(посада)