

**ЗАЯВА  
ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ**



**1. Заявник\*, ПІБ:**

*\*Для Заявника – Застрахованої особи віком понад 14 років*

Паспорт: Серія \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Ідентифікаційний номер:

Моб. тел.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Домашня адреса: \_\_\_\_\_

Додаткова адреса: \_\_\_\_\_

(вулиця, будинок, квартира, місто, район, область, індекс)

Дата народження: \_\_\_\_\_

Відношення до Застрахованої Особи:  Застрахована Особа,  Страхувальник,  Вигодонабувач,  Спадкоємець,

Законний представник Вигодонабувача / Застрахованої Особи: \_\_\_\_\_ (ПІБ)

**2. Договори страхування, за якими подається Заява.**

Страховий поліс (поліси) № \_\_\_\_\_

ПІБ Застрахованої Особи, у якій настала подія, що має ознаки страхового випадку: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата народження: \_\_\_\_\_

**3. Інформація про подію, що має ознаки страхового випадку.**

Тип події:  нещасний випадок,  захворювання,  смерть Застрахованої Особи

Дата і час настання події: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. \_\_\_\_ год. \_\_\_\_ хв.

Місце події (вказати адресу): \_\_\_\_\_

Обставини (детально – перебіг події, діагноз, лікування, наслідки): \_\_\_\_\_

**Чи мало місце звернення до медичних закладів:**  Так /  Ні Назва медичного закладу: \_\_\_\_\_

Дата звернення: \_\_\_\_\_

Дата виписки: \_\_\_\_\_

**Чи мало місце хірургічне втручання у зв'язку із заявленою подією:**  Так /  Ні

Дата:  Назва втручання: \_\_\_\_\_

**Чи було встановлено групу інвалідності:**  Так (яка група \_\_\_\_\_),  Ні

	Назва установи:	Адреса установи:
Поліція:		
Прокуратура:		
Судмедекспертиза:		
Інше:		

**4. Спосіб перерахування коштів Страхової Виплати.**

Переказ коштів на розрахунковий рахунок у банку (нижче зазначте реквізити для здійснення переказу)

ПІБ Одержувача: \_\_\_\_\_ ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_

Банк Одержувача: \_\_\_\_\_ МФО: \_\_\_\_\_ Рахунок: \_\_\_\_\_

Призначення платежу: \_\_\_\_\_

Грошовий переказ за системою «Аваль Експрес» у ПуАТ «Райффайзен Банк Аваль»

**Підпис Заявника** \_\_\_\_\_

## 5. Декларація.

Я, \_\_\_\_\_ (ПІБ), підтверджую, що на всі питання цієї Заяви дав/дала повні та правдиві відповіді згідно з інформацією, яка мені відома. Я усвідомлюю, що надання помилкової інформації, що стосується події, яка може бути визнана страховим випадком, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати. Я також розумію, що подання цієї Заяви не означає автоматичного виникнення права на отримання страхової виплати або на звільнення від сплати страхових премій за договором страхування.

Надаю ПрАТ «МетЛайф» свій дозвіл надавати будь-яку інформацію щодо розгляду цієї Заяви та прийнятого рішення моєму консультанту: \_\_\_\_\_, тел.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ПІБ консультанта

Всю інформацію, що стосується ходу розгляду цієї Заяви та прийнятого рішення прошу повідомляти лише мені особисто.

Підписанням цієї Заяви надаю ПрАТ «МетЛайф» право отримувати будь-яку інформацію про обставини та наслідки події, що може бути визнана страховим випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію про стан здоров'я Застрахованої Особи, звернення до медичних закладів, лікувальні та діагностичні процедури та їх результати. Цим також уповноважую медичні заклади, органи державної влади, судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні та фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати її ПрАТ «МетЛайф».

Копія цієї Заяви має таку саму чинність, як оригінал. Також надаю дозвіл ПрАТ «МетЛайф» та компаніям-партнерам на зберігання та обробку моїх особистих (персональних) даних, а також особистих (персональних) даних осіб, інформацію про яких на підставі їх власної згоди наведено у цій Заяві або у інших документах, які потрібні для прийняття рішення за цією Заявою, для обліку, обробки Страховиком статистичних та маркетингових даних.

Інформація про обробку персональних даних міститься на інтернет-сторінці Страховика: [www.metlife.ua](http://www.metlife.ua) у розділі «Підтримка клієнтів» – «Повідомлення про захист персональних даних» та «Повідомлення про передачу персональних даних» або за посиланням <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/index.html>. Я прочитав цю інформацію про обробку персональних даних та повністю погоджуюсь з її змістом.

Я  належу /  не належу [обрати необхідне] до національних, іноземних публічних діячів та діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні Закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення», №1702-VII, від 14.10.2014 р.

Добровільно  додаю /  не додаю, бо вважаю цю інформацію конфіденційною [обрати необхідне] декларацію про майно, доходи, витрати і зобов'язання фінансового характеру (або податкову декларацію).

## 6. Додатки.

Інформація щодо документів, які необхідно долучити до цієї Заяви залежно від випадку, що має ознаки страхового.

Випадок	Які документи необхідно долучити (№)
Смерть Застрахованої Особи (ЗО) / Страхувальника	1, 2, 3, 4, 5, 6, 11
Смерть ЗО внаслідок нещасного випадку	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12
Непрацездатність внаслідок нещасного випадку	7, 8, 9, 12
Діагностування критичного захворювання	7, 9, 10, 11
Госпіталізація/Хірургічне втручання	7, 9, 11, а якщо внаслідок нещасного випадку — також 12
Переломи або опіки / Тілесні ушкодження	7, 8, 9, 11, 12
Звільнення від сплати страхових премій	7, 8, 9, 10, 11, а якщо внаслідок нещасного випадку — також 12
Встановлення ЗО інвалідності (для корпоративних клієнтів)	Паспорт, ІНН, 7, 8, 9, 10, 11, а якщо внаслідок нещасного випадку — також 12

- Оригінал Страхового поліса та додатків до нього.
- Оригінал або нотаріально засвідчена копія Свідоцтва про смерть.
- Довідка про причину смерті та/або лікарське свідоцтво про смерть (оригінал або копія, засвідчена нотаріально або закладом, який видав документ).
- Оригінал або нотаріально засвідчена копія Свідоцтва про народження застрахованої особи (страхувальника) або інший документ, який посвідчує її особу, інший ніж паспорт, залежно від обставин події.
- Ксерокопії всіх сторінок паспорта та Довідки про присвоєння ідентифікаційного номера платника податку (ідентифікаційний код) вигодонабувача(- і в), засвідчені власноруч. Якщо вигодонабувачем є малолітня особа – за переліком необхідних для надання документів зверніться, будь ласка, до Відділу врегулювання страхових випадків.
- Документ, який посвідчує ступінь споріднення вигодонабувача (- і в) із застрахованою особою/ страхувальником (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) – нотаріально засвідчена копія.
- Медичні довідки з медичного закладу із зазначенням діагнозу на дату настання події та дат госпіталізації (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видав документ).
- Довідка з поліції (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ).
- Інші медичні документи, що стосуються події (рентгенівські знімки, висновки обстежень тощо).
- Довідка про присвоєння застрахованій особі групи інвалідності, у разі такого присвоєння, із зазначенням висновку про рекомендовані умови та характер праці (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видав документ).
- Медична карта амбулаторного хворого застрахованої особи (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видав документ).
- Акт про нещасний випадок невиробничого/виробничого характеру (форма НТ) (оригінал або копія, засвідчена нотаріально або закладом, який видав документ).

Крім того, Товариство залишає за собою право запросити інші документи, необхідні під час розгляду заяви про здійснення страхової виплати, а також направити застраховану особу на обстеження до медичного консультанта Товариства.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Підпис

ПІБ особи, яка подає Заяву про здійснення страхової виплати



Надішліть e-mail на адресу:  
**claims@metlife.ua**



Відвідайте наш головний офіс за адресою:  
**м. Київ, вул. С. Петлюри (Комінтерну), 14**



Завітайте на сайт:  
**www.metlife.ua**



Зателефонуйте  
до Контакт центру за номером:  
**0 800 305 301**



Напишіть листа за адресою:  
**Відділ врегулювання страхових випадків ПрАТ «МетЛайф»  
м. Київ, вул. С. Петлюри (Комінтерну), 14, м.Київ, 01032**