

ЗАЯВА
ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ



1. Заявник*, ПІБ:

*Для Заявника – Застрахованої особи віком понад 14 років

Паспорт: Серія _____ Номер _____ Ідентифікаційний номер:

Моб. тел.: _____ Е-mail: _____
 прошу змінити в моїх контактних даних мій номер телефону прошу змінити в моїх контактних даних мій Е-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: _____
Банк Одержувача: _____ IBAN: UA _____
Призначення платежу: _____
- Грошовий переказ за системою «Аваль Експрес» у АТ «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 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» № 361-ІХ від 06.12. 2019 р. У разі якщо Вигодонабувач має статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

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, 9
Смерть ЗО внаслідок нещасного випадку	1, 2, 3, 4, 5, 7
Непрацездатність внаслідок нещасного випадку	6, 7.
Діагностування критичного захворювання	6, 8, 9
Госпіталізація/Хірургічне втручання	6, 9
Переломи або опіки / Тілесні ушкодження	6, 7.
Звільнення від сплати страхових премій	6, 7, 8, 9

- 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 (копія).
- Ксерокопії всіх сторінок паспорта та Довідки про присвоєння ідентифікаційного номера платника податку (ідентифікаційний код) вигодонабувача (-ів), 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 (-ів) із застрахованою особою/ страхувальником (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) – 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).
- 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).

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. Жилинська 110.



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»
01032, м. Київ, вул. Жилинська 110.**