Таємниця страхування

MetLife

ЗАЯВА ПРО ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

1. Заявник*, ПІБ: .....

**Страхувальник, Застрахована особа/Вигодонабувач/Особа, що має право на отримання страхової виплати*

Паспорт/ID картка — *Серія Номер/Номер ID*

Ідентифікаційний номер

Дата народження — *День / Місяць / Рік*

Моб. тел.:

☐ *прошу змінити в моїх контактних даних*

E-mail: .....

☐ *прошу змінити в моїх контактних даних*

Адреса проживання *(вулиця, будинок, квартира, місто, район, область, індекс)*:

Фактична .....

Додаткова .....

Відношення до Застрахованої Особи: ☐ Застрахована Особа ☐ Страхувальник ☐ Спадкоємець ☐ Законний представник Вигодонабувача / Застрахованої Особи ☐ Вигодонабувач

Заповнити, якщо Застрахована Особа віком **14–17 років** надає згоду на здійснення страхової виплати на ім'я матері, батька або іншого законного представника.

З виплатою на ім'я .....
(ПІБ матері, батька)

погоджуюсь .....
(Підпис та ПІБ застрахованої особи)

Дата / /

2. Договори страхування, за якими подається Заява

Договір страхування життя № .....

ПІБ Застрахованої Особи, у якої настала подія, що має ознаки страхового випадку: .....

Ідентифікаційний номер *(застрахованої особи)*

Дата народження *(застрахованої особи)* — *День / Місяць / Рік*

Місце роботи *(застрахованої особи)*
(назва, адреса, виконувані обов'язки): .....

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

Тип події: ☐ нещасний випадок ☐ захворювання ☐ смерть Застрахованої Особи

Дата і час настання події: — *День / Місяць / Рік* — *Година : Хвилина*

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 — *День / Місяць / Рік*

Дата виписки — *День / Місяць / Рік*

Чи мало місце хірургічне втручання у зв'язку із заявленою подією:

☐ Так ☐ Ні

Дата хірургічного втручання — *День / Місяць / Рік*

Назва втручання .....

Чи було встановлено групу інвалідності: ☐ Ні ☐ Так *(яка група)* .....

Поліція: .....

Інше: .....

Назва установи *Адреса установи*

Підпис Заявника ***(особи, що має право на отримання Страхової Виплати)*** .....

4. Спосіб перерахування коштів Страхової Виплати.

☐ Грошовий переказ за системою «Райфайзен Експрес» у АТ «Райффайзен Банк»

☐ Переказ коштів на розрахунковий рахунок у банку

Увага! Якщо Вами було обрано переказ коштів на розрахунковий рахунок у банку, необхідно додати довідку з банку з реквізитами рахунку

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ | отримання страхової виплати може вплинути на розрахунок й отримання соціальних виплат (у разі наявності таких)

5. Декларація.

Я (ПІБ), ...

підтверджую, що на всі питанняцієї 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 інформацію стосовно розгляду даної Заяви про здійснення Страхової Виплати, що становить таємницю страхування:

РНОКПП (ІПН) консультанта *Телефон консультанта*

ПІБ консультанта ..... *E-mail 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 ознайомився(-лась) з цією інформацією 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-IX 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** [обрати необхідне], бо вважаю цю інформацію конфіденційною декларацію про майно, доходи, витрати і зобов'язання фінансового характеру (або податкову декларацію).

Дата

/ / / .....

День *Місяць* *Рік* **Підпис** *ПІБ особи, що має право на отримання Страхової Виплати*

Адреса: Відділ врегулювання страхових випадків ПрАТ «МетЛайф» 01032, м. Київ, вул. Жилянська 110.

www.metlife.ua **claims@metlife.ua** **0 800 305 301**