

Заява-повідомлення про страховий випадок та на здійснення страхової виплати (надалі - Заява)  
до Договору страхування життя за програмою «Доктор ТАС»  
№ \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.

**Заявник:**

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_  
По-батькові \_\_\_\_\_  
Мобільний телефон \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Роль за Договором страхування  Страхувальник  Застрахована особа  Інша особа

**Застрахована особа:**

Прізвище \_\_\_\_\_  
Ім'я \_\_\_\_\_  
По- батькові \_\_\_\_\_  
Дата народження \_\_\_\_\_  
Мобільний телефон \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Банківські реквізити (для здійснення страхової виплати, у разі перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні захворювань та/або станів, визначених у п.4.2. Умов програми страхування життя «Доктор ТАС») Розрахунковий рахунок №: \_\_\_\_\_  
Картка №: \_\_\_\_\_ Картковий рахунок № \_\_\_\_\_  
Найменування банка: \_\_\_\_\_  
МФО: \_\_\_\_\_  
Транзитний рахунок банка: \_\_\_\_\_  
ЭДРПОУ банка: \_\_\_\_\_

*Мені відомо, що страхова виплата за кожен день перебування Застрахованої особи на стаціонарному лікуванні одного із захворювань та/або станів, перелічених у п.4.2 Умов програми страхування життя «Доктор ТАС» (надалі – Умови), буде здійснена Страховиком протягом 30 календарних днів з дня наступного за днем виписки із стаціонару.*

Пакет страхування:  «Україна»  «Україна плюс»  «VIP – Увесь світ»

**Повідомляю Вам** про те, що «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р. Застрахованій особі \_\_\_\_\_  
було встановлено діагноз \_\_\_\_\_.

**У зв'язку з вищевикладеним, прошу:**

Здійснити відповідні дії щодо організації та координації надання Застрахованій особі послуг, які передбачені Договором страхування життя за програмою «Доктор ТАС» № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ р., та повідомити Застраховану особу про необхідні дії для початку процесу діагностики/лікування захворювання (стану) Застрахованої особи, за умови визнання Страховиком події страховим випадком.

*Мені відомо, що у разі визнання події страховим випадком, Страховик здійснює страхову виплату за страховим випадком «Настання критичного захворювання та/або стану, що потребує лікування» не безпосередньо Застрахованій особі, а покриває витрати за діагностику/лікування захворювання(стану) Застрахованої особи та у випадках, передбачених Договором страхування та Умовами, покриває інші витрати, відповідними підприємствам, установам, закладам.*

**ДАТА:**

**ПІДПИС ЗАЯВНИКА:**

\_\_\_\_\_  
(Підпис)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)

**ПІДПИС ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ**

\_\_\_\_\_  
(Підпис)

\_\_\_\_\_  
(ПІБ)

**Перелік необхідних документів по страховому випадку, що подаються разом із цією Заявою:**

- 1) копія паспорту громадянина України/паспорту громадянина України для виїзду за кордон Застрахованої особи;
- 2) Копію реєстраційного номеру облікової картки платника податків Застрахованої особи. У разі відсутності – копію паспорта із відповідною відміткою;
- 3) Документи лікувальних закладів, оформлені належним чином, а саме: містять дату видачі, назву та адресу лікувальної установи та завірені підписами відповідальних осіб, скріплені печатками лікувальних закладів охорони здоров'я, з вказаним прізвищем пацієнта, датою звернення за медичною допомогою, тривалістю лікування, датою виписки з лікувальних закладів охорони здоров'я (у тому числі виписний епікриз, виписка з історії хвороби пацієнта, лист непрацездатності, картка виклику швидкої медичної допомоги тощо), та детальну інформацію, щодо діагнозу встановленого лікарем відповідної спеціалізації. Документи повинні бути дійсні протягом 3 (трьох) місяців з дня їх видачі. Це можуть бути оригінали медичних документів, або їх копії, завірені в медичній установі, що їх видала. На копії документів обов'язково повинна бути відмітка «копія вірна», а також печатка медичного закладу та підпис уповноваженої особи;
- 4) Результати проведених Застрахованій особі клінічних, гістологічних, радіологічних методів дослідження та інших клініко-лабораторних та інструментальних обстежень, що підтверджують встановлений діагноз (надається тільки при діагностуванні злоякісного новоутворення);
- 5) Для підтвердження настання критичного стану здоров'я Застрахованої особи, що виник в результаті захворювання (станів) або подій (травм), що вимагає проведення реабілітаційної програми, в документах, що визначені в п.3 цього переліку, повинна бути зазначена більш детальна інформація щодо характеру, локалізації та давності виникнення таких травм та/або захворювань. Додатково надається висновок сертифікованого медичного фахівця, в якому повинно бути зазначено, що за станом здоров'я Застрахована особа потребує проходження реабілітаційної програми і що проходження даної програми здатне привести до позитивних результатів (надається тільки при діагностуванні захворювання та/або стану, що потребує проходження реабілітаційної програми).