

ЗАЯВА ПРО ВІДШКОДУВАННЯ ЗБИТКУ СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ

Заява № _____

Номер Вашого Договору страхування _____

1. Страхувальник.

Повна назва Страхувальника
Юридична адреса
Фізична адреса (якщо відмінна)
Телефон:
Факс:
Електронна пошта

Застрахована особа:
Професія
Назва та адреса компанії
(роботодавця)
Тел.
Опишіть звичайні обов'язки які
виконуються
Період роботи

з

по

Дата народження

Інші особи яким може бути
виплачено відшкодування

Якщо ця заява стосується щоденних виплат, будь-ласка:
- зазначте , будь-ласка, Ваш основний розмір заробітної
плати (виключаючи бонуси, комісії та ін.)
або
- Якщо ви приватний підприємець, зазначте дохід за останні
12 місяців (після вирахування всіх операційних, щодо
вашого бізнесу, витрат)

2. ПЕРІОД НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ

A. Нещасний випадок / Пошкодження (не потрібно заповнювати цей розділ, якщо причиною заяви є захворювання)

Своїми словами опишіть нещасний випадок / пошкодження

Дата та час події
Місце події
Яким чином трапилася подія

Дата та час Вашого звертання до лікарні, стосовно цього нещасного випадку / пошкодження	Дата
Остання дата, коли ви були на роботі в працездатному стані	Дата
Дата, коли Ви повернулися до виконання робочих обов'язків.	
Якщо Ви все ще непрацездатні, зазначте дату, коли ви маєте намір повернутися на роботу в працездатному стані.	Дата

B. Захворювання (не потрібно заповнювати цей розділ, якщо причиною заяви є нещасний випадок/пошкодження)

Своїми словами опишіть ваше захворювання

Дата та час Вашого звертання до лікарні, стосовно цього захворювання	Дата
Остання дата, коли ви були на роботі в працездатному стані	Дата
Дата, коли Ви повернулися до виконання робочих обов'язків.	
Якщо Ви все ще непрацездатні, зазначте дату, коли ви маєте намір повернутися на роботу в працездатному стані.	Дата

Чи мали Ви коли-небудь до цього захворювання, аналогічні цьому захворюванню

Якщо „Так”, зазначте дати та лікарні в які Ви звертались

Дата Лікарня	Адреса
--------------	--------

Дата	Лікарня	Адреса
------	---------	--------

Дата	Лікарня	Адреса
------	---------	--------

3. Чи Ви маєте документи, видані офіційними медичними установами стосовно нещасного випадку? Якщо так, які саме? (Всі документи мають бути прикладені до цієї Заяви)

1. _____

2. _____

3. _____

4. Будь ласка, вкажіть прізвище, ім'я та по батькові, а також адресу особи відповідальної за виникнення збитку, пошкодження або нещасного випадку

5. Чи маєте Ви інші страхові поліси або договори страхування, згідно яким Ви маєте змогу подати заяву про виплату страхової суми (відшкодування збитків) в зв'язку з настанням цього страхового випадку? Якщо маєте, будь ласка вкажіть, відомості про ці страхові поліси (договори):

6. ДЕКЛАРАЦІЯ СТРАХУВАЛЬНИКА

Я/Ми гарантуємо, що відповіді на всі запитання цієї форми Заяви про відшкодування збитку відповідають моєму повному знанню і наявним відомостям про вказані події, а також є правдивими і правильними. Я/ми не приховали ніяку інформацію, пов'язану з вимогою на відшкодування збитку, про яку має бути повідомлена компанія ПрАТ СК "Колоннейд Україна"

Дата: ____/_____/20

Підпис: _____

Видаючи цю форму Заяви про відшкодування збитку ПрАТ СК "Колоннейд Україна" не приймає ніякої відповідальності щодо збитків.

NB: Страхувальник зобов'язаний дати відповідь на всі питання в цій формі Заяви