Врегулювання збитків за договорами Добровільного страхування від нещасного випадку (НВ)

в складі Програм Добровільного медичного страхування під час воєнного стану в Україні (з 24.02.2022)

Вся наша українська сім'я, як один, стоїть на захисті рідного дому від навали загарбників. Але сьогоднішні біди закінчаться, ми переможемо і настане світлий день Перемоги!

Colonnade Ukraine у цей складний для кожного з нас час продовжує працювати та виконувати зобов'язання перед усіма клієнтами, прикладає всіх можливих зусиль для вирішення питань супроводження наших застрахованих, надання їм першочергової медичної і іншої допомоги в цей нелегкий час.

Зв'язок з Асистансом наразі здійснюється по стандартних каналах, що є в картках Застрахованих. Просимо звертатися по цих каналах зв'язку за допомогою.

Для отримання необхідної консультації щодо події, яка з Вами трапилась, просимо телефонувати до Асистансу за номерами:

+38 044 303 90 72
+38 044 339 99 85
+ 38 067 406 61 86
+38 050 446 33 31
+38 073 154 09 37
mars@colonnade.com.ua

Viber, Telegram : +38 099 4686068

По факту настання страхової події для кваліфікації її як страхового випадку і отримання страхової виплати ВАМ необхідно направити заяву та всі медичні висновки, фінансові і інші документи Компетентних органів протягом 30 днів з дати настання страхової події .

Ви можете скористатися можливістю:

Подати «Електронний пакет документів на відшкодування" *, підписаний КЕП (ЕЦП) якщо сума, на яку подається пакет документів для виплати не перевищує 5 000,00 грн. на адресу: meddoc@colonnade.com.ua

Або

Подати у паперовому вигляді повний пакет документів, відправлені
- Новою Поштою на 375 відділення, м. Київ (кур'єрська доставка у офіс за адресою м. Київ, вул Окіпної 8, офіс 4), отримувач-МАРС Асистанс.
- чи Укрпоштою (краще заказним листом 02002, м. Київ, вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4), отримувач – МАРС Асистанс.

Пам'ятка Застрахованого:

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК: раптова, випадкова, короткочасна, незалежна від волі Застрахованої особи (Страхувальника, Вигодонабувача, Спадкоємця) подія, що фактично відбулась і внаслідок якої настав розлад здоров'я (тілесне ушкодження) Застрахованої особи або її смерть.

Відповідно до умов договору добровільного страхування та для попередження можливості відмови у страховій виплаті дотримуйтесь наступних вимог :

1. При настання події, що має ознаки страхового випадку, Страхувальник (Застрахована особа, Вигодонабувач) зобов'язаний:

1.1. негайно, але не пізніше 2 (двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку, звернутися до медико-санітарною допомогою до лікувально-профілактичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або службу швидкої медичної допомоги;

1.2. негайно, але в будь-якому випадку не пізніше 2 (двох) годин від моменту настання події, що має ознаки страхового випадку повідомити про настання такої події державні органи, до компетенції яких належить ліквідація наслідків подій, що мають ознаки страхового випадку, (наприклад, відповідний орган МВС України, пожежна охорона, гідрометеослужба, заклади охорони здоров'я і т.п.) (надалі Компетентні органи).

2. Повідомлення про будь-який випадок, що може викликати виплату по страховому покриттю за Договором, повинно бути надане Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, Спадкоємцями) Страховику не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту коли про такий випадок стався або про нього стало відомо. Повідомлення про смерть Застрахованої особи повинне бути надане того ж дня, коли про це стало відомо.

3. Заява про будь-який випадок, що може викликати виплату по страховому покриттю за Договором, повинна бути надана Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, Спадкоємцями) Страховику в письмовій формі якомога раніше, але в будь-якому випадку не пізніше 30 (тридцяти) днів після закінчення воєнного стану.

4. Всі медичні дані, записи та кореспонденція, які стосуються предмета вимоги про виплату чи відповідних попередньо існуючих умов, мають бути доступні для вивчення на вимогу будь-якого медичного консультанта, призначеного від імені Страховика.

Вам необхідно весь пакет документів у паперовому вигляді надіслати зручним для вас способом на адресу:

02002, м. Київ, вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4

Форма заяви про настання страхової події/випадку та виплату страхового відшкодування по добровільному страхуванню від нещасного випадку (НВ)

(Заповнення цієї форми Застрахованою особою і подання її Страховику не є фактом прийняття страховою компанією ПрАТ СК "Колоннейд Україна" обов'язку щодо сплати страхового відшкодування)

Ми розуміємо труднощі, які виникають у Вас в зв'язку з настанням страхової події/випадку за договором добровільного страхування.

Будь ласка,

- ***уважно ознайомтеся з переліком необхідних документів, які необхідні для відшкодування;***
- ***заповніть форму заяви про настання події, що має ознаки страхового випадку (Добровільне страхування від нещасного випадку);***
- ***Якщо розмір суми до відшкодування вимагає проведення обов'язкового фінансового моніторингу (від 27 тис грн. для фізичних осіб), заповнити опитувальник по фінансовому моніторингу;***
- ***якнайшвидше направте сформований пакет документів з заповненою заявою до офісу нашого Асистансу «Марс», на адресу***

  02002, м. Київ, вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4

- ***ми зробимо все для того, щоб вашу заяву розглянути та прийняти рішення в найкоротші строки.***

COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

Заява № _____
Заяву одержано
"_____" _____ 20 ___ р.,
_____
(П.І.Б., посада працівника асистансу, який прийняв заяву)

ПрАТ «Страхова компанія «Колоннейд Україна»

від_____(Заявник*)
Який проживає_____
_____
Моб. тел. _____
Ел.адреса:_____
паспорт _____№_____
виданий _____
_____
"___" _____р.
Ідентифікаційний №

Заява

про настання події, що має ознаки страхового випадку

(Добровільне страхування від нещасного випадку)

1. П.І.П. Застрахованої особи _____,

який (-а) є громадянином України (необхідне позначити):

Так	☐
Ні	☐

Ідентифікаційний № ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ (в тому числі якщо Застрахована особа ДИТИНА)

2. № договору страхування /номер пластикової картки _____

3. Причина та обставини події. *(В довільній формі описати випадок, Дату, місце, причину настання страхового випадку; Наявність винних осіб в настанні страхової події (в разі ДТП і т.п.), наявність свідків):*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4.1. Назва закладу, яким було надано первинну медичну допомогу. Дата та час звернення _____
_____

4.2. Діагноз, встановлений медичною установою: _____
_____

4.3. Яка допомога була надана? *(необхідне позначити)*
_____
_____
_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

4.5. В зв`язку з настанням події прошу розглянути питання про страхову виплату.

5. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку, додаю *(необхідне позначити та дописати):*

1	*Копія паспорту України (1,2 стор., та сторінка з пропискою) чи пластикової ІД картки (з двох сторін)*	☐
2	*Копія довідки про ідентифікаційний номер (обов'язковий документ для отримання відшкодування, включаючи випадки, коли ЗО є дитина до 18 років)*	☐
3		☐
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

6. Підтверджую, що вимоги Постанови Кабінету міністрів України №187 від 03.03.2022р. щодо правомірності здійснення такої виплати на користь _____ (ПІП) **дотримано належним чином та в повному обсязі**.

7.Прошу здійснити страхову виплату згідно з Договором страхування шляхом **перерахування на мій особистий рахунок за такими реквізитами :**
(тут можна зазначити посилання на банківську роздруківку ,яку Ви додаєте до заяви)

Одержувач:_____
(ПІБ)

Банк Одержувача_____
(найменування банківської установи)

Код ЄДРПОУ_____

Код банку (МФО)_____

УВАГА! Обов'язково необхідно отримати в своєму банку або Інтернет додатку роздруківку з реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок. **Роздруківка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до даної заяви!**

Особовий рахунок Одержувача в форматі IBAN UA_____

ІПН Одержувача (в т.ч. для дітей) _____

**Заявник - фізична особа, шляхом підписання цієї Заяви, надає Страховику Згоду на обробку своїх персональних даних (далі - ПД), як вказаних у цій Заяві так і тих, що стануть відомі Страховику в процесі врегулювання збитків та проведення страхової виплати, в тому числі на передачу ПД іноземним суб'єктам відносин, пов'язаних із ПД з метою виконання вимог Законодавства, договору страхування та інших договорів, в тому числі перестрахування, реалізації прав, наданих Страховику Законодавством або договором та забезпечення реалізації податкових відносин та відносин у сферах бухгалтерського обліку, аудиту, фінансових послуг та послуг асистансу, реклами, маркетингових та актуарних досліджень, оцінки якості сервісу. Дійсним Заявник - фізична особа також підтверджує, що він отримав від Страховика письмове повідомлення про свої права, як суб'єкта ПД, визначені законом, мету збору даних та осіб яким передаються його ПД.*

** З підписанням даної заяви надаю згоду та уповноважую працівників ПрАТ «Страхової компанії «Колоннейд Україна» на отримання будь-якої інформації, що стосується страхового випадку, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів.*

Дата заповнення "_____"_____ 20____р. _____/_____/
(підпис) П.І.П.

COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

ЗАЯВУ направляти за адресою: **02002, м. Київ, вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4**

В компанію ПрАТ "СК "Колоннейд Україна"
04070, Київ, вул. Іллінська, 8, Блок 11, 4 поверх
Код за ЄДРПОУ: 25395057
Телефон: +38044 537-53-90 E-mail: info@colonnade.com.ua

Опитувальник по фінансовому моніторингу:

З метою здійснення належної перевірки згідно з вимогами Закону «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» надається наступна інформація (що не є порушенням Закону України про захист персональних даних в частині обробки персональних нижчезазначених даних (ст.2 п.2)):

Прізвище, Ім'я, по батькові:	

Реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП), раніше Індивідуальний податковий номер (ІПН):	**Дата народження:**

Дані документу, що посвідчують особу:

☐ **ID картка** ☐ **Український або закордонний паспорт**

☐ **Інший документ:** _____

Серія:		**Номер:**		**Дата видачі:**	
Орган, що його видав:					

Місце проживання/перебування (як зазначено в паспорті):

Адреса:	

Мета та характер відносин:	Страхування/ страхове відшкодування

Належність до політично значущих осіб, членів їх сімей, та/або пов'язаних з ними осіб:

☐ Я не являюсь політично значущою особою, членом її сім'ї, та/або особою, пов'язаною з політично значущою особою.
☐ Я являюсь політично значущою особою, членом її сім'ї, та/або особою, пов'язаною з політично значущою особою, з якою пов'язані ділові відносини, та надаю Інформацію про джерела статків (багатства) та джерела коштів, наприклад, декларація на сайті НАЗК https://public.nazk.gov.ua/ або інший документ:

У разі виникнення змін щодо вищезазначеної інформації, зобов'язуюсь якнайшвидше оновити дані згідно з цим опитувальником.

Підпис : ..... Дата: .....

Перелік Документів на страхову виплату за страховим випадком по Договорах страхування від нещасного випадку (НВ)

	Документи	Оригінал/ копія	Форма	Примітка
1	Заява на виплату	Оригінал	Форма надається	обов'язковим є заповненням всіх зазначених пунктів. При необхідності , щоб повністю зазначити всі обставини випадку в хронологічному порядку, Ви можете продовжити опис на додатковому аркуші формату А4, попередньо це зазначивши та пронумерувавши всі сторінки заяви. УВАГА! Обов'язково необхідно отримати в своєму банку або Інтернет додатку роздруківку з реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок. **Роздруківка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до даної заяви!**
2	Договір страхування /пластикова картка (по договорах з електронною карткою Застрахованого копія не надається)	Копія		
3	Виписка з медичної карти амбулаторного хворого / або висновок лікаря/ або довідка*	**Оригінал**		з зазначенням П.І.П. , дати, діагнозу, та всіх призначень (обстеження та медикаментів). Завірена в установленому законодавством порядку
4.	Паспорт громадянина України (Застрахованої особи)	Копія		1,2 сторінка, та сторінка з пропискою. Засвідчена підписом Застрахованої особи чи чи пластикової ІД картки (з двох сторін) . Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, тоді паспорт одного з батьків
5	Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (Застрахованої особи, **в тому числі, якщо Застрахована особа- дитина)**	Копія		Засвідчена підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків
6	Свідоцтво про народження	Копія		Якщо застрахована особа віком до 16-ти років
7	Акт про нещасний випадок форми Н-1, якщо випадок стався на виробництві або документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання страхового випадку.	Копія		
8	Звіт правоохоронних органів стосовно нещасного випадку (при ДТП обов'язково), якщо такий існує;	Копія		
9	*Медичні документи належного зразку, які містять інформацію про діагноз, терміни та види лікування (детальні виписки з історії хвороби, консультативні висновки, дані обстежень, тощо), лікарняний лист або довідку про непрацездатність, оформлену відповідно до чинного законодавства	Оригінали		
10	**У випадку постійної повної непрацездатності, постійної часткової непрацездатності,інвалідності**: медичну довідку МСЕК з додатками про постійну повну непрацездатність, постійну часткову непрацездатність, про присвоєння групи інвалідності з повною розшифровкою;	Копія		
11	**У випадку смерті Застрахованої особи, Вигодонабувач, крім документів, перелічених вище ,** наступні документи: • офіційне свідоцтво про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили; • посмертний та/або клініко-анатомічний (паталогоанатомічний) епікриз (на вимогу Страховика);	Копія		

	• акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, за формою встановленою чинним законодавством України, які підтверджують факт настання нещасного випадку; • Виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувально- профілактичного закладу; • Для інших ніж Вигодонабувач осіб, які мають право на отримання страхових виплат, Свідоцтво про право на спадщину.			
12	Інші документи за запитом Страховика, пов'язані с настанням події	За запитом Страховика		

* Всі документи мають бути підтверджені підписами та печаткою лікаря, та /або закладу, що надав послуги та оформлені згідно стандартів МОЗ України, вимог до платіжних документів
Всі копії повинні бути чіткими та читабельними