



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

**ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ,  
ЩО МАЄ ОЗНАКИ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ  
(СТРАХУВАННЯ ВІД НЕЩАСНОГО ВИПАДКУ)**

ПрАТ «СК «Колоннейд Україна»

**1. Заявник\*, П.І.Б.**

Дата народження _____	Ідентифікаційний номер _____
Паспорт _____	Дата видачі Паспорту _____
Орган, який видав _____	E-mail _____
Моб.телефон _____	
Адреса проживання _____	
Відношення до Застрахованої особи:	Застрахована особа <input type="checkbox"/> Страхувальник <input type="checkbox"/> Вигодонабувач <input type="checkbox"/> Законний представник <input type="checkbox"/> Спадкоємець <input type="checkbox"/> Вигодонабувача/Застрахованої особи <input type="checkbox"/>

**2. Номер договору страхування АБО номер пластикової картки за яким подається Заява**

MED \_\_\_\_\_ PAA \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

ПІБ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ, у якій настала подія, яка має ознаки страхового випадку

Ідентифікаційний номер Застрахованої особи

Є громадянином України

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ТАК   
НІ

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

Тип події внаслідок Нещасного випадку	Смерть Застрахованої особи <input type="checkbox"/>	Тимчасова повна втрата працездатності <input type="checkbox"/>
	Постійна повна втрата працездатності <input type="checkbox"/>	Переломи <input type="checkbox"/>
	Постійна часткова втрата працездатності <input type="checkbox"/>	Опіки (Обмороження) <input type="checkbox"/>

Дата, час та місце події, що має ознаки страхового випадку: \_\_\_\_\_

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.інш.), наявність свідків):

---



---



---



---



---



---

4. Назва Медичного закладу, яким було надано первинну медичну допомогу. Дата та час звернення \_\_\_\_\_

4.1. Діагноз, встановлений медичною установою: \_\_\_\_\_

4.2. Яка допомога була надана? (необхідне вказати) \_\_\_\_\_

---



---

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

4.4. 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 громадянина України (1,2 стор., та сторінка з пропискою) чи пластикової ІД картки ( з обох сторін)	<input type="checkbox"/>
2	Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>
7		
8		
9		

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

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

Одержувач: \_\_\_\_\_ (ПІБ)

Банк Одержувача \_\_\_\_\_  
(найменування банківської установи)

Код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

Код банку (МФО) \_\_\_\_\_

**УВАГА!** Обов'язково необхідно додати роздруковку з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок. Роздруковка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до даної заяви!

Особовий рахунок Одержувача в форматі IBAN UA \_\_\_\_\_

ПІН 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 перестраховання, 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 «СК «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.Б.

**Паперовий пакет документів** необхідно надіслати **за рахунок відправника** за адресою:  
вул. Раїси Окіпної, буд. 8, к. 4, м. Київ, 02002, Україна, Отримувач ТОВ «МАРС-Асистанс», код ЄДРПОУ 38992204, +380970306727 для Дячук Тетяни  
**в 30-денний термін з дати настання страхової події.**

**Електронний пакет документів**, з верифікованим електронним цифровим підписом надсилається на e-mail: [meddoc@colonnade.com.ua](mailto:meddoc@colonnade.com.ua)  
Вказаний e-mail використовується **виключно для надсилання** «Заяви про настання події з ознаками страхового випадку» з належним пакетом документів. Подальша переписка, відповіді на питання чи уточнення з використанням даної адреси не здійснюється.



### 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:

<input type="checkbox"/> Я не являюсь політично значущою особою, членом її сім'ї, та/або особою, пов'язаною з політично значущою особою.
<input type="checkbox"/> 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 <a href="https://public.nazk.gov.ua/">https://public.nazk.gov.ua/</a> 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
1	<p><b>Заява на виплату</b></p> <p><b>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!</b> <i>Обов'язковим є заповненням всіх зазначених в Заяві пунктів. За 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.</i></p> <p><i>Не забудьте, будь ласка, про роздрукову з банківськими реквізитами для перерахування коштів на Ваш персональний рахунок, отриману в банку або Інтернет-банкінгу. <b>Роздруковані банківських реквізитів є невід'ємним додатком до Заяви!</b></i></p>	Оригінал	Форма надається
2	Договір страхування	Копія	
3	<p><b>Виписка з медичної карти амбулаторного хворого / або висновок лікаря/ або довідка*</b></p> <p><b>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!</b> <i>Виписка подається з зазначенням П.І.Б. , дати, діагнозу, та всіх призначень (обстеження та медикаментів). Завірена в установленому законодавством порядку</i></p>	Оригінал	
4	<p><b>Паспорт громадянина України (Заявника)</b></p> <p><b>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!</b> <i>Засвідчені підписом власника копії 1-ої, 2-ої сторінок та сторінка з пропискою АБО пластикової ID картки з обох сторін та додаток до неї.</i></p> <p><i>Якщо застрахована особа віком до 16-ти років – надається копія паспорту одного з батьків</i></p>	Копія	
5	<p><b>Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКПП/ІПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа- дитина</b></p> <p><b>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!</b> <i>Довідка РНКПП/ІПН засвідчується підписом Застрахованої особи. Якщо застрахована особа віком до 16-ти років, засвідчується підписом одного з батьків</i></p>	Копія	
6	<b>Свідоцтво про народження</b> (надається, якщо застрахована особа віком до 16-ти років)	Копія	
7	<b>Акт про нещасний випадок форми Н-1</b> , якщо випадок стався на виробництві або документ від компетентних органів, який підтверджує факт настання страхового випадку.	Копія	
8	<b>Звіт правоохоронних органів стосовно нещасного випадку</b> (при ДТП обов'язково), якщо такий існує;	Копія	
9	<b>Медичні документи</b> 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	<p><b>У випадку постійної повної втрати працездатності, постійної часткової втрати працездатності, інвалідності:</b></p> <p>медичну довідку МСЕК/ВЛК з додатками про постійну повну непрацездатність, постійну часткову непрацездатність, про присвоєння групи інвалідності з повною розшифровкою;</p>	Копія	
11	<p><b>У випадку смерті Застрахованої особи, Вигодонабувач, крім документів, перелічених вище,</b></p> <p>наступні документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• офіційне свідоцтво про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили;</li> <li>• посмертний та/або клініко-анатомічний (патологоанатомічний ) епікриз (на вимогу Страховика);</li> <li>• акт про нещасний випадок або документ від компетентних органів, за формою встановленою чинним законодавством України, які підтверджують факт настання нещасного випадку;</li> <li>• виписку з карти амбулаторного/стаціонарного хворого, завірену підписом відповідальної особи та печаткою лікувально- профілактичного закладу;</li> <li>• для інших ніж Вигодонабувач осіб, які мають право на отримання страхових виплат, Свідоцтво про право на спадщину.</li> </ul>	Копія	
12	Інші документи за запитом Страховика, пов'язані з настанням події	За запитом Страховика	

\* Всі документи мають бути підтверджені підписами та печаткою лікаря та /або медичного закладу, що надав послуги, оформлені згідно зі стандартами МОЗ України та вимог до платіжних документів.  
Всі копії повинні бути якісними та читабельними.