

ПОВІДОМЛЕННЯ, ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ та ЗАЯВА ПРО СТРАХОВИЙ ВИПАДОК за договорами страхування від Нещасного випадку

В разі настання події, що має ознаки страхового випадку, повідомте нас, будь ласка, зручним способом:

Департамент врегулювання збитків (протягом робочих годин)

+38 (044) 537 53 89

+38 (044) 537 53 90

E-mail: claim@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер Договору».

Служба медичного Асистансу «МАРС-АСИСТАНС» (цілодобово)

+38 044 303 90 72

+38 067 406 61 86

+38 044 339 99 85

+38 050 446 33 31

Viber, Telegram: +38 099 4686068

+38 073 154 09 37

E-mail: mars@colonnade.com.ua із зазначенням в темі листа: «Прізвище, ім'я, по-батькові, номер Договору».

По страхових подіях, що сталися в період дії Договору страхування, для кваліфікації страхового випадку і отримання страхового відшкодування необхідно направити Заяву та всі медичні висновки, фінансові і інші документи Компетентних органів **протягом 30 календарних днів з дати настання страхової події.**

НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК: раптова, випадкова, обмежена в часі, непередбачувана та незалежна від волі Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, подія (травма), що відбулася внаслідок зовнішнього впливу в період дії Договору страхування та призвела до заподіяння шкоди життю, здоров'ю та/або працездатності Застрахованої особи та/або іншої особи, визначеної Договором страхування, внаслідок якої настав розлад здоров'я (тілесне ушкодження) Застрахованої особи або її смерть, прямо пов'язані з отриманим в період дії Договору страхування тілесним ушкодженням.

Відповідно до умов Договору та для попередження можливості відмови у страховій виплаті прохання дотримуватись наступних рекомендацій:

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 за медичною допомогою до лікувально-профілактичного закладу (лікарні, травмпункту) та/або служби 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 розслідування причин їх виникнення, внесення офіційних роз'яснень з питань, що мають відношення до події з ознаками страхового випадку (відповідний орган МВС України, ДСНС, гідрометеослужба, заклади охорони здоров'я, а

також, на період воєнного стану - військових адміністрацій, органів місцевого самоврядування (за згодою), сил територіальної оборони Збройних Сил, Національної гвардії, Національної поліції, Державної служби України з надзвичайних ситуацій, Міністерства охорони здоров'я України, Служби безпеки України (за згодою), представників відповідних експертних (медичних) служб, громадських організацій і релігійних об'єднань, міжнародних гуманітарних організацій, тощо), надалі Компетентні органи.

2. Повідомлення про будь-яку подію з ознаками страхового випадку, 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. 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.

Форма Заяви про настання події/випадку та страхової виплати по страхуванню від Нещасного випадку (НВ) додається.

Заповнення форми Заяви не є актом прийняття на себе відповідальності страховою компанією ПрАТ «СК «Колоннейд Україна» та потребує розгляду Заяви разом із документами, відповідно до Переліку.

Будь ласка,

- уважно ознайомтеся з Переліком документів, що необхідно додати до Заяви для оформлення повного пакету документів та найшвидшого розгляду справи;

- заповніть форму Заяви про настання події;

- якщо сума страхової виплати складатиме понад 40 тис грн. для фізичних осіб – обов'язковим є проведення фінансового моніторингу та заповнений Опитувальник по фінансовому моніторингу (додається);

- повний пакет документів у паперовому вигляді прохання надсилати за рахунок відправника зручним для вас способом за адресою:

вул. Іллїнська 8, під'їзд 11, м. Київ, 04070, Україна

Отримувач: ПрАТ «СК «Колоннейд Україна», код ЄДРПОУ 25395057

Телефон: +38 044 537-53-90

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

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	<input type="text"/>
Паспорт	_____	Дата видачі Паспорту	_____
Орган, який видав	_____		
Моб.телефон	_____	E-mail	_____
Адреса проживання	_____		
Відношення до Застрахованої особи:	Застрахована особа <input type="checkbox"/>	Страховальник <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 від Нещасного випадку АБО номер пластикової картки за яким подається Заява

РАА _____ від _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

Ідентифікаційний номер Застрахованої особи

Є громадянином України

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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.п.), 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 позначити) _____

4.3. Чи Ви маєте документи, видані офіційними медичними установами стосовно нещасного випадку? Якщо так - які саме? (Всі документи мають бути прикладені 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 двох сторін)	<input type="checkbox"/>
2	Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру (в тому числі для дітей)	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>
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 додасте до заяви)

Одержувач: _____

(ПІБ)

Банк Одержувача _____

(найменування банківської установи)

Код ЄДРПОУ _____

Код банку (МФО) _____

УВАГА! Обов'язково необхідно додати роздруківку з банківськими 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 «Колоннеїд 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. Іллінська 8, під'їзд 11, м. Київ, 04070, Україна, отримувач: ПрАТ «СК «Колоннеїд Україна», код ЄДРПОУ 25395057, телефон: +38 044 537-53-90 в **30-денний термін з дати настання страхової події.**



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 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
1	<p>Заява на виплату</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <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. Роздруковка банківських реквізитів є невід'ємним додатком до Заяви!</i></p>	Оригінал	Форма надається
2	Договір страхування	Копія	
3	<p>Виписка з медичної карти амбулаторного хворого / або висновок лікаря/ або довідка*</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <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>Паспорт громадянина України (Заявника)</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <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>Довідка про присвоєння ідентифікаційного коду (РНКПП/ІПН) Заявника, в тому числі, якщо Застрахована особа- дитина</p> <p>ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! <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	Свідоцтво про народження (надається, якщо застрахована особа віком до 16-ти років)	Копія	
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	<p><u>У випадку постійної повної втрати працездатності, постійної часткової втрати працездатності, інвалідності:</u></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><u>У випадку смерті Застрахованої особи, Вигодонабувач, крім документів, перелічених вище,</u></p> <p>наступні документи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • офіційне свідоцтво про смерть або рішення суду про оголошення особи померлою, що набрало законної сили; • посмертний та/або клініко-анатомічний (патологоанатомічний) епікриз (на вимогу Страховика); • 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. 	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.