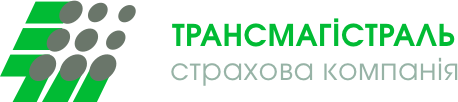
**Директору ПрАТ „СК „ТРАНСМАГІСТРАЛЬ”**

**Виннику О.В.** 

Від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ідентифікаційний код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Договір №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_від\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р.

Застрахована особа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний телефон заявника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВА на страхову виплату**

**У зв’язку з настанням страхового випадку, обумовленого Договором ДМС, прошу здійснити страхову виплату згідно умов договору в розмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн \_\_\_\_\_\_ коп. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**(сума прописом)**

**до заяви додаю (позначити + ):**

* **Медичний висновок** (виписка, довідка, акт виконаних робіт) із зазначенням клінічного діагнозу, проведеного лікування та рекомендацій лікаря, завірений підписом, відбитком печатки лікаря і відбитком печатки ЛПЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_шт.

**Обов’язково оригінали:**

* **Фіскальні чеки** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шт.
* **Товарні чеки** (якщо у фіскальному чеку немає назв медикаментів або послуг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ шт.
* **Квитанції про сплату послуг** із зазначенням номера квитанції, ПІБ застрахованої особи, із підписом бухгалтера, відбитком печатки ЛПЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_шт.
* **Квитанції банку** про сплату вартості медичної допомоги з відміткою банківської установи \_\_\_\_\_\_шт.
* **Акти виконаних робіт** медичного закладу про надані послуги \_\_\_\_\_\_шт.
* **Рецепти** з підписом і відбитком печатки лікаря, який проводив лікування, і відбитком печатки ЛПЗ \_\_\_\_\_\_ шт.
* **Сертифікати на вироби медичного призначення** \_\_\_\_\_\_шт.

Якщо послуга надана приватним підприємцем (СПД, ФОП), також необхідні:

* **Копія ліцензії ПП (СПД, ФОП) на провадження медичної практики**
* **Копія свідоцтва про сплату єдиного податку**

**Страхову виплату прошу (позначити +):**

* **Перерахувати на р/р лікувального закладу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Перерахувати на картковий (зарплатний, особовий) рахунок**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ПІБ отримувача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Назва банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**р/р банка №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**МФО банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код ОКПО банку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я підтверджую, що надана мною інформація та документи є достовірними.

Я надаю згоду, у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» №2297-VI, щодо обробки та використання моїх персональних даних ПрАТ «СК «Трансмагістраль» у цілях здійснення страхової діяльності, підтверджую, що ознайомлений (на) з інформацією про свої відповідні права, мету збору даних та осіб, яким вони можуть надаватись.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(підпис застрахованої особи)**