



ПрАТ "Страхова компанія "Гарант-Система"  
04070, м. Київ, вул. Сагайдачного/Горівська, 10/5 «А»

\_\_\_\_\_ (П.І.Б. Застрахованого)  
мешкаю за адресою: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (місце проживання)  
\_\_\_\_\_ контактний телефон: \_\_\_\_\_

**З А Я В А**  
на страхову виплату Застрахованій особі

Прошу здійснити мені страхову виплату відповідно до умов Договору добровільного медичного страхування № 07-01/\_\_\_\_\_ від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року в зв'язку з настанням страхового випадку:

Дата події: „\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Строк лікування:	з „___” _____ 20__ р. по „___” _____ 20__ р.
Вид лікування:	_____
Медичний заклад:	_____
Кількість ліжко-днів:	_____
Профіль ліжка:	_____
Основний діагноз:	_____
Супутній діагноз:	_____
Сума витрат:	_____

Належну мені страхову виплату прошу здійснити:

шляхом перерахування на банківський рахунок № \_\_\_\_\_

Особистий рахунок № _____	Ідентифікаційний № _____
---------------------------	--------------------------

Одержувач: \_\_\_\_\_

**До заяви надаються наступні документи:** (надані документи відмітити ✓)

- Копія листка непрацездатності серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, що завірена печаткою і підписом відповідальної особи підприємства (організації) або відміткою відділу кадрів.
- Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма №027/о).
- Копія листка лікарських призначень (форма №003-4/о).
- Копія документу, що підтверджує порядок госпіталізації.
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера.
- Копія паспорта.
- Чеки касового апарату, товарні чеки, рахунки-фактури, накладні.
- Корінець із банку чи копія договору банківського рахунку (підтвердження № особистого рахунку в банку чи його відділенні, реквізити банку).
- \_\_\_\_\_

**Я попереджений (-а), що Страховик має право перевіряти надану мною інформацію, а також про те, що надавши свідомо неправдиві відомості про факт настання страхового випадку, я можу бути позбавлений (-а) права на отримання страхової виплати.**

Дата: „\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. Підпис Застрахованої особи: \_\_\_\_\_

Заяву і документи перевірів та прийняв:

Дата: „\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. Підпис лікаря-координатора: \_\_\_\_\_