

\_\_\_\_\_ Страхувальника \ Застрахованої особи \ Вигодонабувача \_\_\_\_\_  
(необхідне підкреслити)

за Договором страхування № \_\_\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
Прізвище, ім'я, по батькові Заявника (повністю) (для фіз. осіб) / назва Заявника (для юр. осіб)

\_\_\_\_\_  
адреса (поштовий індекс, країна, область/район, населений пункт, вулиця, № будинку, № квартири), телефон

### Заява

**Прошу здійснити страхову виплату у зв'язку з настанням страхового випадку -  
Смерті Застрахованої особи / Страхувальника.**

### Частина I

- Номер і дата початку дії Договору страхування \_\_\_\_\_
- П. І. Б. Страхувальника (для фіз. осіб) / назва Страхувальника (для юр. осіб)  
\_\_\_\_\_
- П. І. Б. Застрахованої особи  
\_\_\_\_\_
- Місце роботи Застрахованої особи (назва організації, посада, спеціальність)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Будь-ласка, надайте інформацію про наявність інших договорів страхування життя, за яким померлий був застрахований (назва компанії, вид страхування, страхова сума, дата початку/закінчення дії договору)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Коли стався страховий випадок (дата, час)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Де стався страховий випадок (країна, місто/село, якщо в лікарні - вказати повну назву лікарні, адресу, телефон)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Обставини, за яких виник страховий випадок  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Причини смерті (з лікарського свідоцтва про смерть)

---

---

---

- Патологоанатомічний діагноз  

---

---

---
- П. І. Б, посада особи, що встановила діагноз  

---

---
- Повна назва і адреса установи, в якій був встановлений діагноз  

---

---

---

### **Частина II**

**(Заповнюється якщо смерть настала внаслідок нещасного випадку)**

- Опишіть подробиці нещасного випадку  

---

---
- Імена та адреси всіх постраждалих внаслідок нещасного випадку  

---

---

---
- Відомості про залучені транспортні засоби (марка автомобіля, модель, реєстраційний номер)  

---

---
- Чи є свідки нещасного випадку? Будь ласка, перерахуйте їх імена і адреси  

---

---

---

---
- Чи проводилося розслідування із залученням міліції або прокуратури? \_\_\_\_\_
- Вкажіть імена співробітників слідчих органів, а також адреси установ, які склали протоколи, акти і проводили розслідування:  

---

---

---

- 
- 
- 
- Результати розслідування

- 
- 
- 
- До якої медичної установи була доставлена Застрахована особа? (назва, адреса, дата)

- 
- 
- 
- Будь ласка, вкажіть ім'я і посаду лікаря, який спостерігав Застраховану особу в лікарні

- 
- 
- 
- У випадку проведення розтину, вкажіть, будь ласка, дату, місце, особу, яка проводила розтин, та результати його проведення

- 
- 
- 
- Будь ласка, вкажіть будь-яку додаткову інформацію, яка може допомогти при розгляді даної заяви

---

---

---

### **Частина III**

**(Заповнюється якщо смерть настала внаслідок захворювання)**

- Коли Застрахована особа відчула себе хворою?

- 
- 
- 
- Опишіть перебіг захворювання, види лікування, що проводились, з указанням тривалості та видів курсів терапії, операцій, наявності ускладнень

- 
- 
- 
- Чи страждала Застрахована особа раніше від цього захворювання? Якщо «Так», то вкажіть, коли вона вперше зверталася до лікаря з приводу даного захворювання, а також надайте детальну інформацію про всі подальші звернення до лікаря, а також назву і адресу медичної установи

- 
- 
- У випадку проведення розтину, вкажіть, будь ласка, дату, місце, особу, яка проводила розтин, та результати його проведення

---

---

---

- Чи проводилося розслідування із залученням міліції або прокуратури? \_\_\_\_\_
- Вкажіть імена співробітників слідчих органів, а також адреси установ, які склали протоколи, акти і проводили розслідування:

---

---

---

---

---

---

- Результати розслідування

---

---

---

- Будь ласка, вкажіть будь-яку додаткову інформацію, яка може допомогти при розгляді даної заяви

---

---

---

---

---

---

#### **Частина IV**

##### **Дані Заявника**

- П.І.Б., адреса, професія Заявника

---

---

---

- Родинний зв'язок із Застрахованою особою

---

---

---

- У якості кого Ви виступаєте (Страхувальник, Вигодонабувач, спадкоємець за законом)?

- Вкажіть нижче дані кожного Вигодонабувача (П.І.Б., адреса, професія, родинний зв'язок із Застрахованою особою)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Реквізити, на які перераховуються грошові кошти

Назва Банку.....;  
МФО.....;  
ЄДРПОУ.....;  
розрахунковий рахунок:.....;  
транзитний рахунок:.....;  
картковий  
рахунок: .....; .....  
.....  
.....

### Декларація Заявника

Я.....,  
заявляю про факт смерті Застрахованої особи і підтверджую, що вказані вище відомості є вичерпними і правдивими, і що я не умовчав про жоден відомий мені факт або обставину, які мають відношення до страхового випадку.

Я заявляю про вимогу виплатити мені страхову виплату згідно Договору страхування № ..... і засвідчую, що всі письмові висновки лікарів, які консультували або лікували Застраховану особу, є частиною цієї заяви.

Я вповноважую всіх лікарів, медичні заклади та інших осіб, що мають відомості про захворювання Застрахованої особи або про нещасний випадок, сповістити ці відомості в страхову компанію.

Я шляхом підписання цього тексту надаю згоду Приватному акціонерному товариству «Страхова компанія «Оранта-Життя» на збір, оброблення та використання інформації про мене з обмеженим доступом (моїх персональних даних) з метою прийняття рішення щодо заявленого мною страхового випадку по вищевказаному Договору/Полісу страхування. Наведена вище інформація також може надаватись третім особам, які можуть мати безпосереднє відношення до укладання, виконання, розірвання Договору/Полісу страхування та/або отримання страхового відшкодування, а також в інших випадках, передбачених чинним законодавством.

Підтверджую, що мене проінформовано про оподаткування страхових виплат відповідно до податкового кодексу України, який чинний на момент здійснення виплати страхового відшкодування..

Мене повідомлено, що рішення стосовно страхової виплати приймається протягом п'ятнадцяти робочих днів з дня одержання АТ «СК «Оранта-Життя» всіх необхідних документів.

Підписано ..... «.....» ..... 20.....  
(місце складання Заяви)

Підпис Заявника .....

Адреса, контактний телефон Заявника  
.....  
.....  
.....

- **Документи:**
- ✓ Ксерокопія Договору страхування життя

- ✓ Документи, які підтверджують особу-одержувача виплати (ксерокопія паспорта, ксерокопія ідентифікаційного коду)
- ✓ Документи, які підтверджують настання страхового випадку:
  1. Лікарський висновок про причини настання смерті (оригінал або нотаріально завірена копія);
  2. Результати розтину (за наявності);
  3. Свідоцтво або довідка органу РАГС про смерть (оригінал або нотаріально завірена копія);
  4. У разі настання страхового випадку, пов'язаного з нещасним випадком або ДТП, надається документ, який підтверджує факт, причини та обставини настання страхового випадку, виданий компетентним органом (оригінал або нотаріально завірена копія);
  5. Якщо одержувач страхової виплати – спадкоємець за законом, необхідне надання свідоцтва про право на спадщину (оригінал або нотаріально завірена копія)
  6. Інші документи, які дозволяють встановити факт, причини, обставини настання страхового випадку.