

1. Заявник*, ПІБ:

*Для Заявника – Застрахованої особи віком понад 14 років

Паспорт/ID-картка

Серія та номер Паспорту/ Номер ID-картки

Ідентифікаційний номер**Дата народження** / /

День Місяць Рік

Моб. тел.:**E-mail:****Адреса проживання (вулиця, будинок, квартира, місто, район, область, індекс):**

Фактична

Додаткова

Відношення до Застрахованої Особи: Застрахована Особа Страхувальник Вигодонабувач Спадкоємець Законний представник Вигодонабувача / Застрахованої Особи

(ПІБ)

2. Договори страхування, за якими подається Заява

Договір добровільного страхування життя №

ПІБ Застрахованої Особи, у якої настала подія,
що має ознаки страхового випадку:**Ідентифікаційний номер**

Застрахованої особи

Дата народження / /

День Місяць Рік

Місце роботи (назва, адреса, виконувані обов'язки):

3. Інформація про подію, що має ознаки страхового випадку.Тип події: нещасний випадок захворювання смерть Застрахованої ОсобиДата і час
настання події: / /

День

Місяць

Рік

 :

Година

Хвилина

Місце події (вказати адресу):

Обставини (детально – перебіг події, діагноз, лікування, наслідки):

Чи мало місце звернення до медичних закладів:

 Так Ні**Дата звернення** / /

День

Місяць

Рік

Дата виписки / /

День

Місяць

Рік

Назва медичного закладу

Чи мало місце хірургічне втручання
у зв'язку із заявленою подією: Так Ні**Дата хірургічного втручання** / /

День

Місяць

Рік

Назва втручання

Чи було встановлено групу інвалідності:

 Так (яка група) Ні

Поліція:

Прокуратура:

Судмедекспертиза:

Інше:

Назва установи

Адреса установи

4. Спосіб перерахування коштів Страхової Виплати. Грошовий переказ за системою
«Райфайзен Експрес» у АТ «Райффайзен Банк» Переказ коштів на розрахунковий рахунок у банку
Увага! Необхідно надати довідку з банку з реквізитами рахунку

Підпис Заявника

5. Декларація.

Я (ПІБ),
підтверджую, що на всі питання цієї Заяви дав/дала повні та правдиві відповіді згідно з інформацією, яка мені відома. Я усвідомлюю, що надання помилкової інформації, що стосується події, яка може бути визнана страховим випадком, може бути підставою для відмови у здійсненні страхової виплати. Я також розумію, що подання цієї Заяви не означає автоматичного виникнення права на отримання страхової виплати або на звільнення від сплати страхових премій за договором страхування.

Надаю ПрАТ «МетЛайф» свій дозвіл надавати будь-яку інформацію щодо розгляду цієї Заяви та прийнятого рішення моєму консультанту

ПІБ консультанта

Телефон консультанта

Всю інформацію, що стосується ходу розгляду цієї Заяви та прийнятого рішення прошу повідомляти лише мені особисто.

Підписанням цієї Заяви надаю ПрАТ «МетЛайф» право отримувати будь-яку інформацію про обставини та наслідки події, що може бути визнана страховим випадком, включаючи (але не обмежуючись) інформацію про стан здоров'я Застрахованої Особи, звернення до медичних закладів, лікувальні та діагностичні процедури та їх результати. Цим також уповноважую медичні заклади, органи державної влади, судово-медичної експертизи, страхові компанії, інші юридичні та фізичні особи, які володіють такою інформацією, надавати її ПрАТ «МетЛайф».

Копія цієї Заяви має таку саму чинність, як оригінал. Також надаю дозвіл ПрАТ «МетЛайф» та компаніям-партнерам на зберігання та обробку моїх особистих (персональних) даних, а також особистих (персональних) даних осіб, інформацію про яких на підставі їх власної згоди наведено у цій Заяві або у інших документах, які потрібні для прийняття рішення за цією Заявою, для обліку, обробки Страховиком статистичних та маркетингових даних.

Інформація про обробку персональних даних міститься на інтернет-сторінці Страховика: www.metlife.ua у розділі «Підтримка клієнтів» — «Повідомлення про захист персональних даних» та «Повідомлення про передачу персональних даних» або за посиланням <http://www.metlife.ua/uk/Individual/Support-Centre/index.html>. Я прочитав цю інформацію про обробку персональних даних та повністю погоджуюсь з її змістом.

Я належу не належу (обрати необхідне) до національних, іноземних публічних діячів та діячів, що виконують політичні функції в міжнародних організаціях, їх близьких осіб або пов'язаних з ними осіб у відповідності та в розумінні закону України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» № 361-IX від 06.12. 2019 р. У разі якщо Вигодонабувач має статус вищезазначених категорій осіб, він зобов'язаний впродовж 1 робочого дня повідомити про це Страховика.

Добровільно додам / не додам, бо вважаю цю інформацію конфіденційною [обрати необхідне] декларацію про майно, доходи, витрати і зобов'язання фінансового характеру (або податкову декларацію).

6. Додатки.

Які документи необхідно долучити

(№)

Смерть Застрахованої Особи/ Страхувальника внаслідок хвороби	1, 2, 3, 4, 5, 6, 12
Смерть Застрахованої Особи внаслідок нещасного випадку	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11
Непрацездатність внаслідок нещасного випадку	1, 7, 8, 11
Встановлення Застрахованій Особі інвалідності	1, 7, 9, 10, 11
Діагностування Застрахованій Особі критичного захворювання	1, 7, 12
Госпіталізація/Хірургічне втручання Застрахованої Особи	1, 7, 8, 11, 12
Переломи або опіки / Тілесні ушкодження Травматичні ушкодження Застрахованої Особи	1, 7, 8, 11

1. Заяви про здійснення страхової виплати.
2. Оригінал Страхового поліса та додатків до нього.
3. Свідоцтво про смерть (оригінал або нотаріально засвідчена копія).
4. Довідка про причину смерті та/або лікарське свідоцтво про смерть (копія).
5. Ксерокопії всіх сторінок паспорта (де є відмітки) та Довідки про присвоєння ідентифікаційного номера платника податку (ідентифікаційний код) вигодонабувача (-ів), засвідчені власноруч. Якщо вигодонабувачем є малолітня особа – за переліком необхідних для надання документів зверніться, будь ласка, до Відділу врегулювання страхових випадків.
6. Документ, який посвідчує ступінь споріднення вигодонабувача (-ів) із застрахованою особою/ страхувальником (свідоцтво про одруження, свідоцтво про народження тощо) – копія.
7. Медичні довідки з медичного закладу із зазначенням діагнозу на дату настання події та дат госпіталізації (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видав документ).
8. Довідка з поліції (оригінал або копія, засвідчена закладом, який видавав документ).
9. Довідку МСЕК про встановлення інвалідності.
10. Медична документація, в якій зазначено причину інвалідності (виписка з медичної карти амбулаторного хворого або медична карта амбулаторного хворого, довідка з лікувального закладу, направлення на МСЕК або інші документи, видані МСЕК).
11. Акт про нещасний випадок на виробництві (якщо такий видавався).
12. Медична карта амбулаторного хворого застрахованої особи (оригінал).

Якщо страхувальником за вашим договором виступає юридична особа додатково потрібно надати:

- Копія паспорта особи, яка має право на одержання страхової виплати (всі сторінки, з візуванням «копія вірна» та підписом особи).
- Копія Ідентифікаційного коду (з візуванням «копія вірна» та підписом особи).

Крім того, Товариство залишає за собою право запросити інші документи, необхідні під час розгляду заяви про здійснення страхової виплати, а також направити застраховану особу на обстеження до медичного консультанта Товариства.

Дата

День / Місяць / Рік

Підпис

ПІБ особи, яка подає Заяву про здійснення страхової виплати

Адреса: Відділ врегулювання страхових випадків ПрАТ «МетЛайф» 01032, м. Київ, вул. Жилианська 110.

 www.metlife.ua

 claims@metlife.ua

 0 800 305 301