



ТДВ «СТРАХОВА КОМПАНІЯ
«ЕКСПО СТРАХУВАННЯ»

02002, м Київ, вул.Луначарського 14, офіс 81
Тел.(044) 541-02-02, факс (044) 541- 02-02
www.exposk.com.ua; e-mail: office@exposk.com.ua;

Дата та час отримання Страховиком:

“___” г.: ___ хв.
“___” _____ 20__ р.

Вх. № _____

Директору
ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ»
Іванціву А.Є.

_____ (прізвище)

_____ (ім'я, по батькові)

Заява-Повідомлення

Вид страхування	Комплексне страхування подорожуючих за кордоном	
Страховальник (П. І. Б)		
Адреса, телефон, місце роботи		
Номер і дата укладання договору/полісу	№ _____	«___» _____ 20__
період дії:	з: «___» _____ 20__	до: «___» _____ 20__
Кількість днів покриття	_____ днів	
Мета поїздки (в якості туриста, в гості, на роботу)		
Дата першого перетину кордону	«___» _____ 20__	
П.І.Б. потерпілої Застраховано особи		
Адреса потерпілої Застрахованої особи		
Спадкоємці потерпілої Застрахованої особи (заповнюється у разі смерті)		
Вигодонабувач (заповнюється у разі смерті)		

Дата настання події: “___” _____ 20__ р. Час: ___ год. ___ хв.

Місце настання події (вказати державу перебування, місто, точну адресу де сталась подія) _____

Причина та обставини настання події (описати суть події, вказати можливих свідків) _____

Чи сталась дана подія під час виконання службових обов’язків ☐ Ні ☐ Так

Відомості про особу, яка завдала шкоди (ПІБ, адреса, телефон) за наявності: _____

Дата звернення в Асітанс/ Страхову компанію _____

Дата звернення застрахованої особи до медичного закладу: ☐ Ні ☐ Так (Якщо так, то зазначити назву та адресу): _____

Перебування на лікуванні у стаціонарі ☐ Ні ☐ Так з «___» _____ по «___» _____

Діагноз, що встановлений застрахованій особі (згідно довідки лікувального закладу) _____

Інші відомості про страхову подію (зазначаються будь-які інші відомості про страхову подію, що відомі страхувальнику і мають відношення до страхової події, в т. ч. перелік документів, що подаються разом із цією Заявою) _____

Реквізити	для	перерахування	страхового	відшкодування

Я поінформований (-а), що:

- надання неправдивих відомостей про страхову подію, може бути причиною відмови у виплаті страхового відшкодування;
- реєстрація Страховиком цієї Заяви не є підтвердження згоди Страховика на здійснення страхового відшкодування.

Я, надаю згоду ТДВ «СК «ЕКСПО СТРАХУВАННЯ», у тому числі працівникам і представникам страховика, на обробку моїх персональних даних (надалі ПД) з метою здійснення страхування, у тому числі адміністрування договору, накопичення статистичної інформації та аналізу. Страховик може обробляти мої ПД протягом терміну дії договору страхування, а також після його закінчення. Мої ПД включають: повне ім'я, дату народження, номер паспорта та/або іншого документа, стать, адреса/реєстрація місця проживання, телефонні номери, дані про стан здоров'я, хвороби та інцидентів лікування в медичних установах.

Страховик має право обробляти мої ПД, включаючи їх у списки і електронні бази даних, у тому числі щоб оповістити мене про послуги та акції страховика. Страховик має право, відповідно до своїх договірних зобов'язань передати мої ПД в медичні установи і перестраховикам, з якими у страховика є договори про співробітництво. Передача моїх ПД іншим особам або інші розкриття може здійснюватися тільки з мого письмового дозволу.

Цю згоду надано на момент написання заяви-повідомлення. Я знаю, що я маю право відкликати його в будь-який час, надіславши письмове повідомлення страховику, яке повинен послати йому рекомендованим листом або особисто. Я знаю і згоден з тим, що страховик має право вважати дане повідомлення як моє волевиявлення про розрив договору страхування і страховий захист відносно мене буде припинений не пізніше ніж через 3 днів з дати отримання мого повідомлення.

Підпис особи, яка заповнила заяву _____ (_____)

“___” _____ 20__ р. підпис прізвище, ініціали