



**АНКЕТА № 2
про нещасний випадок або хворобу**

УВАГА Анкета заповнюється **тільки** застрахованою особою, яка зазначена в договорі страхування ПрАТ «СК «Кардіф» (надалі Кардіф) та на стан здоров'я якої вплинуло захворювання або нещасний випадок.
Анкета заповнюється **вигодонабувачем** або спадкоємцем застрахованої особи лише у випадку втрати життя останньою.
Заповнена Анкета разом із підтверджуючими документами має бути надіслана на адресу Кардіф: **04070, м. Київ, вул. Іллінська 8.**
Скановані копії документів можуть бути додатково направлені за допомогою e-mail: office@cardif.com.ua ; Viber: **+380673260133**

1 ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОДІЮ, ЯКА СТАЛАСЯ ІЗ ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ

Позначте тільки той варіант, який мав місце та заповніть всі поля, які передбачені для такої події:

Нещасний випадок:

Дорожньо-транспортна пригода

Інше (зазначити):

Дата настання нещасного випадку:

Місце настання нещасного випадку:

Обставини настання нещасного випадку:

ПІБ, номер телефону представників компетентного органу, що проводив розслідування нещасного випадку:

ПІБ, контактний номер телефону свідків нещасного випадку:

Назва та адреса медичного закладу (травмпункту), до якого звернулась застрахована особа:

ПІБ, номер телефону лікуючого лікаря:

Діагноз, який був поставлений при зверненні до медичного закладу (травмпункту):

УВАГА **Обов'язково надішліть до Кардіф:**

оригінал/копію документу, що підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку (наприклад, акт розслідування нещасного випадку, довідка компетентного органу, довідка закладу охорони здоров'я, рішення суду тощо)

Захворювання (хвороба)

Дата, коли вперше встановлено діагноз:

Назва та адреса медичного закладу, до якого звернулась застрахована особа:

ПІБ, номер телефону лікуючого лікаря:

Діагноз, який був поставлений при зверненні до медичного закладу:

УВАГА **Обов'язково надішліть до Кардіф:**

копію листка непрацездатності або копію довідки закладу охорони здоров'я (для непрацюючих), підписану відповідальною особою та завірену печаткою закладу охорони здоров'я

оригінал медичної довідки / витяг з історії хвороби, а за вимогою - копію амбулаторної/медичної картки, витяг з такої картки

2 ІНФОРМАЦІЯ ПРО ХАРАКТЕР ПОДІЇ, ЯКА СТАЛАСЯ ІЗ ЗАСТРАХОВАНОЮ ОСОБОЮ

✎ Позначте та заповніть всі поля, які відносяться до події:

Перелом або травматична ампутація

Діагноз, який був поставлений:

УВАГА Обов'язково надішліть до Кардіф:

📄 Рентген-знімок перелому та, за вимогою, опис знімку, підписаний лікарем та завірений печаткою медичної установи.

Травматичне ушкодження:

Ушкодження головного мозку

Хімічний або термічний опік, вкажіть ступінь опіку:

Вивих суглобу (накладання пов'язки/gipsu)

Пошкодження зв'язок

Повний розрив зв'язок

Інше (азначити):

УВАГА Обов'язково надішліть до Кардіф:

📄 документи, передбачені в розділі 1 відповідно до події, яка сталася

Тимчасова непрацездатність (перебування на лікарняному, амбулаторне лікування)

Дата початку лікування:

Дата закінчення лікування:

Декретний період, догляд за дитиною (чи іншою особою) або санаторно-курортне лікування.

Інше (азначити):

УВАГА Обов'язково надішліть до Кардіф:

📄 документи, передбачені в розділі 1 відповідно до події, яка сталася

Лікування в стаціонарі лікарні

Дата вступу до стаціонару:

Дата виписки із стаціонару:

Доправлення до лікарні за допомогою бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

УВАГА Обов'язково надішліть до Кардіф:

📄 документи, передбачені в розділі 1 відповідно до події, яка сталася

Встановлення первинного діагнозу наступного захворювання:

Параліч

Ниркова недостатність

Інсульт

Злоякісне новоутворення (онкологія)

Інфаркт міокарду

Хірургія коронарних артерій зворотним методом/аортно-коронарне шунтування

Пересадка життєвоважливих органів, а саме:

УВАГА Обов'язково надішліть до Кардіф:

📄 офіційний медичний висновок про перше діагностоване відповідне захворювання, який має містити дату, діагноз, причини захворювання, результати досліджень чи діагностики, на підставі яких поставлено такий діагноз, а також бути підписаний відповідальною особою і завірений печаткою закладу охорони здоров'я у відповідності до вимог законодавства України

📄 документи, передбачені в розділі 1 відповідно до події, яка сталася

3 ДЕКЛАРАЦІЯ

УВАГА Підписанням цієї Анкети № 2 до Заяви-повідомлення про настання страхової події, я:

- надаю згоду на безстрокову обробку персональних даних, зазначених в цій Анкеті з метою виконання договору страхування
- надаю згоду на отримання ПрАТ «СК «Кардіф» інформації про стан мого здоров'я, лікувальні та діагностичні процедури, а також їх результати від медичних закладів для виконання договору страхування
- підтверджую, що дані, вказані в цій Анкеті, є правдивими, вичерпними та дійсними, а також підтверджую, що я не приховав жодного відомого мені факту або обставини, які можуть бути вирішальними для прийняття рішення щодо страхової виплати
- повідомлений, що підтверджуючі документи, передбачені цією Анкеткою, мають бути надані Кардіф з метою прийняття рішення щодо страхової виплати
- прошу здійснити страхову виплату на рахунок, зазначений в цій Анкеті

4 РЕКВІЗИТИ ДЛЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ*

ПІБ отримувача:

Рахунок отримувача:

Банк отримувача:

МФО Банку отримувача:

ІПН отримувача:

Транзитний рахунок (за необхідності):

* У випадку наявності у застрахованої особи заборгованості за кредитним договором, значеним в договорі страхування, отримувачем страхової виплати є вигодонабувач. При необхідності ПрАТ «СК «Кардіф» для здійснення страхової виплати має право вимагати подання окремої заяви про страхову виплату від вигодонабувача, в т.ч. з метою уточнення вищевказаних реквізитів

5 ДАТА ЗАПОВНЕННЯ ТА ПІДПИС

Прізвище особи, яка заповнила Анкету:

Дата заповнення:

Підпис:

У випадку, якщо в цьому бланку недостатньо місця для опису всіх деталей події, що сталася, будь ласка, зазначте всі деталі на окремому аркуші.

Якщо Вам необхідна допомога в заповненні, зателефонуйте за номером ☎ 0 800 505 705 або ☎ 044 428 61 61