



**АНКЕТА № 1
про встановлення інвалідності або втрату життя**

УВАГА 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:

Встановлення групи інвалідності:

перша група

друга група

третя група

дата встановлення інвалідності:

--	--	--	--	--	--	--	--

діагноз медико-соціальної експертної комісії (Далі МСЕК):

висновок МСЕК:

ПІБ, контактний номер телефону голови МСЕК

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

- нотаріально засвідчену (або засвідчену органом, який видав) копію довідки МСЕК про встановлення групи інвалідності
- оригінал/копію документу, що підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку (якщо така подія мала місце)

Втрата життя

дата смерті:

--	--	--	--	--	--	--	--

причина смерті:

--	--

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

- нотаріально засвідчену копію свідоцтва про смерть
- копію довідки про причину смерті
- оригінал/копію документу, що підтверджує факт та обставини настання нещасного випадку (якщо така подія мала місце)

3 ДЕКЛАРАЦІЯ

УВАГА Підписанням цієї Анкети № 1 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 Анкетною, 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 (IBAN):

Банк отримувача:

ПІН отримувача:

UA	

* 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 ЗАЯВИ 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**