



**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:**

копію медичної довідки, що підтверджує ушкодження із зазначенням діагнозу, дати та обставин ушкодження

копію листка непрацездатності (якщо видавався)

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 медичної довідки або витягу з історії хвороби із зазначенням діагнозу, режиму та дат лікування

копію листка непрацездатності (якщо видавався)

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 перевірте:

📄 в медичній довідці має бути зазначений діагноз та показання щодо лікування, накладення фіксуючої пов'язки

Травматичне ушкодження:

- ушкодження головного мозку хімічний або термічний опік, вкажіть ступінь опіку
- вивих суглобу (накладання пов'язки/гіпсу) пошкодження зв'язок повний розрив зв'язок
- інше (зазначити): _____

УВАГА Обов'язково перевірте:

📄 в медичній довідці має бути зазначений діагноз та показання щодо лікування, накладення фіксуючої пов'язки (за необхідності)

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 (зазначити): _____

УВАГА Обов'язково перевірте:

📄 в медичній довідці або у витягу з історії хвороби має бути зазначений діагноз, режим та дати лікування

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 перевірте:

📄 в медичній довідці або у витягу з історії хвороби має бути зазначений діагноз, режим та дати лікування

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 перевірте:

📄 в медичних документах мають бути зазначені відомості про те, коли вперше було діагностовано захворювання, діагноз, причини захворювання, результати досліджень чи діагностики, на підставі яких поставлено діагноз

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 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:

ІПН 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