BNP PARIBAS CARDIF

Додаток до Заяви-повідомлення про настання страхової події

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: ua.cardif@bnpparibas.com; Viber: +380673260133**

❶ 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)

❸ 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 Анкетою, мають бути надані Кардіф з метою прийняття рішення щодо страхової виплати;
- **прошу** здійснити страхову виплату на рахунок, зазначений в цій Анкеті*.

❹ РЕКВІЗИТИ ДЛЯ СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ*

ПІБ отримувача:

Рахунок отримувача (IBAN): UA

Банк отримувача:

ІПН отримувача:

* 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

❺ 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**