



## ЗАЯВА ПРО ВИПЛАТУ

Я, Вигодонабувач (спадкоємець) \_\_\_\_\_

повідомляю, що

прізвище, ім'я, по батькові повністю, ідентифікаційний номер, відношення до Застрахованої особи

згідно з Договором добровільного страхування життя № \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

із Застрахованою особою: \_\_\_\_\_

прізвище, ім'я, по батькові повністю, ідентифікаційний номер

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. відбувся випадок за наступних обставин \_\_\_\_\_

дата настання випадку

детально описати причини та/або обставини настання випадку

### До заяви додаються наступні документи:

- Договір страхування (Страхове свідоцтво; Витяг з Реєстру Застрахованих осіб, засвідчений підписом уповноваженої особи та печаткою Страхувальника, або Сертифікат);
- Копія Заяви на страхування або Заяви на призначення Вигодонабувачів;
- \* **Завірена копія паспорта Вигодонабувача:** для паспорта старого зразка - копії 1-2 сторінок, 3-6 за наявності відміток, та сторінка з актуальною відміткою про реєстрацію місця проживання **АБО** Копія паспорта нового зразка - ID-картка (копії лицевої та зворотної сторін) та **завірена довідка** з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання;
- \* **Завірена копія довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (раніше-ІПН) Вигодонабувача.** За наявності у паспорті громадянина України реєстраційного номера облікової картки платника податків, замість копії зазначеного документу може бути подана копія сторінки паспорта з відповідною відміткою. Якщо через релігійні переконання фізична особа відмовилась від реєстраційного номеру облікової картки платника податків, додатково подається копія сторінки паспорта з відміткою про таку відмову;

\* **ВАЖЛИВО!** Власник документу на кожній сторінці має власноруч зробити напис:

**«Згідно з оригіналом», а також зазначити дату, свої прізвище та ініціали, та поставити власний підпис.**

- Копії документів, які засвідчують ступінь споріднення одержувача виплати із Застрахованою особою (свідоцтво про народження, повний витяг з ДРАЦС/Гу про шлюб, тощо);
- Довідка з банку про відкриття/наявність банківського рахунку одержувача виплати;
- Копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті;
- Нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи встановленого зразка;
- Документи компетентних органів (МВС, лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та ін.), які підтверджують факт, дозволяють встановити причини і обставини настання нещасного випадку із зазначенням осіб, винних у настанні випадку, якщо такі були;
- Копія листка непрацездатності встановленого зразка, засвідчена підприємством-працедавцем;
- Документи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я: виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого; медичні довідки, засвідчені підписом відповідальної особи та скріплені печаткою лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я;
- Нотаріально засвідчена копія документу про встановлення інвалідності, виданого медико-соціальною експертною комісією (МЦЕК);
- Результати інструментальних досліджень (рентген, КТ, МРТ, УЗД, тощо);
- \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;

всього на \_\_\_\_\_ аркушах.

Прошу здійснити страхову виплату по даному випадку (у разі визнання його страховим) у відповідності з правилами та умовами, згідно з якими був укладений Договір добровільного страхування життя, за наступними реквізитами (необхідне позначити ✓):

<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом <sup>1</sup> по системі «Гроші блискавкою» Кредобанку зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача згідно з діючими тарифами Банку.			
<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом <sup>1</sup> по системі «Аваль-Експрес» банку Райффайзен Банк Аваль зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача згідно з діючими тарифами Банку.			
<input type="checkbox"/>	На банківський (картковий) рахунок <sup>2</sup>	Найменування банку одержувача		
		МФО банку		ЄДРПОУ банку
		№ розрахункового/транзитного рахунку		№ карткового рахунку

<sup>1</sup> Одержати переказ можна у кожному відділенні відповідного банку за умови пред'явлення паспорта та довідки про присвоєння реєстраційного (ідентифікаційного) номера

<sup>2</sup> Для забезпечення своєчасного перерахування коштів рекомендуємо уточнити в банку всі зазначені реквізити. Підписанням цієї Заяви я даю згоду правоохоронним органам, банкам, лікувально-профілактичним закладам охорони здоров'я, іншим фізичним та/або юридичним особам надавати (поширювати) Страховику, з метою провадження ним страхової діяльності, мої персональні дані та інші відомості щодо стану мого здоров'я, факту та/або обставин настання страхового випадку. Також даю згоду на обробку моїх персональних даних у розумінні Закону України «Про захист персональних даних» Страховиком з метою провадження ним своєї страхової діяльності. Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами (в тому числі іноземними суб'єктами відносин, пов'язаних із персональними даними), яким Страховик надав таке право згідно з законодавством України. Надаю Страховику право надсилати будь-які відомості інформативного характеру на мою адресу, зазначену у цій Заяві, в тому числі у вигляді повідомлень на адресу електронної пошти, за допомогою телефонного зв'язку, рухомого (мобільного) зв'язку (в тому числі шляхом надсилання текстових повідомлень). Підписанням цієї Заяви підтверджую, що Страховик повідомив мене про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», а також про те, що з моменту отримання Страховиком цієї Заяви персональні дані, зазначені у ній, будуть включені до бази персональних даних Страховика. Я розумію, що будь-які виплати за Договором страхування здійснюються з урахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України.

Мій контактний телефон, адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, адреса електронної пошти \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ (ПІДПИС) \_\_\_\_\_ (ПІБ ВИГОДОНАБУВАЧА)