



ЗАЯВА ПРО ВИПЛАТУ

(періодичні пенсійні виплати - анuitет)

УВАГА! Дата подання Заяви про виплату та засвідчення копій документів не може бути раніше дати чергової пенсійної виплати щодо якої подається ця Заява.

Я, Застрахована особа/Вигодонабувач

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

прошу здійснити анuitетну страхову виплату

за Договором страхування № _____ від «_____» _____ 20__ р.

за наступними реквізитами (необхідне позначити ✓):

<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом¹ по системі «Гроші блискавкою» Кредобанку зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача згідно з діючими тарифами Банку.
<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом¹ 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) рахунок²
	Найменування банку одержувача
	МФО банку
	ЄДРПОУ банку
	№ розрахункового/транзитного рахунку
	№ карткового рахунку

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

² Для забезпечення своєчасного перерахування коштів рекомендуємо уточнити в банку всі зазначені реквізити або надати Довідку з банку про відкриття/наявність банківського рахунку Вигодонабувача із зазначенням призначення платежу

До заяви додаються наступні документи (необхідне позначити ✓):

- * **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.

- В разі якщо Вигодонабувач та Застрахована особа різні особи:** додатково надаються власноруч завірені Застрахованою особою копії паспорта, довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків, довідки з ЄДДР про реєстрацію місця проживання Застрахованої особи.

- Копія довідки до акту огляду МСЕК про встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи (в разі наявності);

- _____.

всього на _____ аркушах.

³ На кожній сторінці копії паспорта Вигодонабувача/Застрахована особа має власноруч зробити напис «Згідно з оригіналом», а також зазначити дату, свої прізвище та ініціали, та поставити власний підпис.

Мої контактні дані:

Адреса для отримання кореспонденції	_____		
	<i>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</i>		
Телефон	() _____	Електронна адреса (e-mail)	_____

Підписанням цієї Заяви 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.

«_____» _____ 20__ р.

дата

підпис Вигодонабувача

ПІБ Вигодонабувача

Копії будь-яких документів повинні бути власноруч засвідчені їх власниками.
Страхова виплата буде проведена у спосіб та на платіжні реквізити, зазначені у цій Заяві, протягом 5 (п'яти) робочих днів після отримання повного пакету документів.

У разі виникнення запитань звертайтеся, будь ласка, до Страхової компанії за тел. 0-800-50-11-12 (безкоштовно по Україні), 044 238-6-238

Заповнюється Страховиком: Інвалід I групи _____ Вік 70 і більше років.

(довічно або на строк)