



## ЗАЯВА ПРО ВИПЛАТУ

(дожиття до закінчення строку дії договору страхування)

Я, Вигодонабувач Шевченко Олексій Васильович, 2645778129

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

прізвище, ім'я, по батькові ВИГОДОНАБУВАЧА (згідно з Заявою на страхування чи Заявою про призначення Вигодонабувачів)

ідентифікаційний номер 10 цифр

повідомляю, що Застрахована особа Шевченко Олексій Васильович, 2645778129

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

прізвище, ім'я, по батькові ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

ідентифікаційний номер 10 цифр

дожила до закінчення строку дії Договору добровільного страхування життя

№ 200.7709245

зазначити номер Договору (як у Страховому свідоцтві або Сертифікаті)

від «01» лютого 2005 р.

зазначити дату початку дії Договору

Прошу здійснити страхову виплату за даним випадком у відповідності до правил та умов, 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 у розмірі 0,6% від суми переказу за рахунок одержувача			
<input type="checkbox"/>	Грошовим переказом <sup>1</sup> по системі «Аваль-Експрес» банку Райффайзен Банк Аваль зі сплатою комісії за переказ коштів у розмірі 0,7% від суми переказу, але не менше 7,00 грн., за рахунок одержувача			
<input checked="" type="checkbox"/>	На банківський (картковий) рахунок <sup>2</sup>	Найменування банку одержувача	<u>Райффайзен банк Аваль</u>	
		МФО банку	<u>300335</u>	ЄДРПОУ банку <u>5295567851</u>
		№ розрахункового/ транзитного рахунку	<u>26258633</u>	№ карткового рахунку <u>14305909</u>

<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 також надати Довідку з банку про відкриття/наявність банківського рахунку Вигодонабувача із зазначенням призначення платежу

До заяви додаються наступні документи (необхідне позначити ✓):

- Оригінал Страхового свідоцтва (Сертифіката)<sup>3</sup>;
- Копія всіх сторінок паспорта Вигодонабувача, на яких міститься будь-яка інформація, засвідчена власноруч<sup>4</sup>;
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру фізичної особи - Вигодонабувача, засвідчена власноруч<sup>4</sup>;
- Копія всіх сторінок паспорта Застрахованої особи, на яких міститься будь-яка інформація, засвідчена власноруч<sup>4</sup> (надається тільки у випадку, якщо Застрахована особа та Вигодонабувач – різні особи);
- Довідка з банку про наявність рахунку \_\_\_\_\_; виключно у разі обрання способу «На банківський рахунок»
- \_\_\_\_\_; інші (зазначити)

всього на 7 аркушах.

<sup>3</sup> У разі, якщо неможливо знайти оригінал Страхового свідоцтва (Сертифіката), Вигодонабувачу необхідно разом з цією Заявою про виплату подати до Страхової компанії Заяву про видачу дубліката Страхового свідоцтва (Сертифіката).

<sup>4</sup> На кожній сторінці копії документу його власник (Вигодонабувач чи 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	<u>вул. Л.Українки, буд.158, м.Вишневе Києво-Святошинського р-ну Київської обл., 08133</u>		
	<small>вулиця, будинок, квартира, населений пункт, район, область, індекс</small>		
Телефон	<u>(063) 589-33-54</u>	Електронна адреса (e-mail)	<u>oshevchenko@gmail.com</u>

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 ур \_\_\_\_\_ дата – після дати закінчення Договору!!!

«18» лютого 2015 р.

Шевченко  
підпис

Шевченко О.В.  
прізвище, ініціали Вигодонабувача

**УВАГА! Дата оформлення Заяви про виплату та дата засвідчення копій документів – не раніше дати, наступної за датою закінчення Договору страхування, що зазначена у Страховому свідоцтві (Сертифікаті). Якщо ця умова не буде виконана, пакет документів буде повернутий Вигодонабувачу та необхідно буде подавати документи повторно.**

Копії документів повинні бути власноруч засвідчені їх власниками.

У разі виникнення запитань звертайтеся, будь ласка, до Страхової компанії за телефонами: 0-800-50-11-12 (безкоштовно зі стаціонарних телефонів в межах України), (044) 238-6-238.