



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;
- Копія документу, що посвідчує особу одержувача виплати;
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номеру фізичної особи - одержувача виплати;
- Копії документів, які засвідчують ступінь споріднення одержувача виплати із Застрахованою особою;
- Довідка з банку про відкриття/нааявність банківського рахунку одержувача виплати із зазначенням призначення платежу;
- Копія лікарського свідоцтва про смерть або копія довідки про причину смерті, видана органами РАЦСу, або копія довідки про результати розтину тіла Застрахованої особи;
- Нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи встановленого зразка;
- Довідки та інші документи компетентних органів (МВС, пожежної охорони, органів влади, аварійних служб, 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; для непрацюючих – довідка (про тимчасову непрацездатність), засвідчена підписом відповідальної особи та скріплена печаткою лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я;
- Документи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я: виписний епікриз з історії хвороби або карти амбулаторного хворого, інші довідки, засвідчені підписом відповідальної особи та скріплені печаткою лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я;
- Документи або їх нотаріально засвідчені копії про встановлення інвалідності I або II або III групи, видані медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК);
- Рентгенівські знімки;
- _____;
- _____;

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 переказом¹ 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 переказом¹ 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 type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">На банківський (картковий) рахунок²</td> <td>Найменування банку одержувача</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>МФО банку</td> <td></td> <td>ЄДРПОУ банку</td> </tr> <tr> <td>№ розрахункового/ транзитного рахунку</td> <td></td> <td>№ карткового рахунку</td> </tr> </table>	На банківський (картковий) рахунок²	Найменування банку одержувача			МФО банку		ЄДРПОУ банку	№ розрахункового/ транзитного рахунку		№ карткового рахунку
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 переказу 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 відносно, 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

прізвище, ініціали Вигодонабувача (спадкоємця)