|  |  |
| --- | --- |
|  | **Голові Правління ПрАТ «СК «УНІКА»**  **Ульє О.В.**  від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факт.адреса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Моб.тел.+38 (0\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_  Е-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**З А Я В А**

Прошу здійснити страхову виплату у сумі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грн.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн. \_\_\_\_ коп.

*(сума прописом)*

у зв'язку з випадком, що стався  \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р.,  за договором добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (№ поліса  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Зі мною;

З моєю дитиною / Застрахованою особою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ПІБ того, з ким стався випадок)*

Про подію повідомлено ПрАТ «СК «УНІКА»:

Ні

Так, дата повідомлення: \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_р.

**Страхове відшкодування прошу переказати *(необхідне відмітити):***

За системою «Аваль-Експрес» (послуга від АТ «Райффайзен Банк Аваль»). З комісією АТ «Райффайзен Банк Аваль» в розмірі 1,0% від суми платежу, але не менше 10,00 грн.за рахунок отримувача згоден(на).

|  |
| --- |
| **A**  **U** |
| **№ особистого рахунку, картки :**  **(якщо наявний)** |
| **ІПН Отримувача :** |  |
| **ПІБ Отримувача : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ознайомлений, що будь-якi претензiї до Страховика що до призначення платежу в подальшому з моєї сторони будуть вiдсутнi.** |

На розрахунковий рахунок *(необхідно зазначити вичерпні реквізити рахунку):*

*На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» (надалі - Закон), підписанням цієї Заяви Заявник надає Страховику свою повну необмежену строком згоду на обробку його персональних даних\* будь-яким способом, передбаченим Законом, занесення їх до баз персональних даних Страховика, передачу та/або надання доступу третім особам без отримання додаткової згоди Заявника.* *Обробка персональних даних здійснюється Страховиком з метою  належного виконання вимог законодавства України, врегулювання випадків, що мають ознаки страхового, розслідування, реалізації права вимоги Страховика до винної особи та провадження страхової діяльності відповідно до чинного законодавства України.*

*Підписанням цієї Заяви Заявник також надає свою згоду на пропонування йому послуг Страховика, в тому числі шляхом здійснення з ним прямих контактів та відправлення йому повідомлень будь-якими засобами зв'язку.*

*Заявник повідомлений про його права згідно Закону та про включення його персональних даних до баз персональних даних Страховика.*

***\*****У розумінні Закону під персональними даними розуміється будь-яка інформація щодо Заявника, в тому числі, але не виключно, прізвище, ім'я, ім'я по-батькові, дата та місце народження, адреса, телефон, паспортні дані, ідентифікаційний номер, інформація про належне йому майно, а також інші надані  Заявником відомості.*

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року                                                    Підпис заявника: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_