



Голові Правління ПрАТ «СК «УНІКА» Ульє О.В.

(надалі — Страховик)

від (П.І.Б.) _____

Адреса: _____

Тел.: _____

E-mail: _____

(надалі — Заявник)

Заява на виплату страхового відшкодування

У зв'язку з виникненням страхового випадку за ризиком _____
хвороба / смерть / інвалідність

із Застрахованою особою _____
П.І.Б. Застрахованої особи

прошу здійснити страхове відшкодування в розмірі:

_____ (_____) грн
прописом

згідно з умовами Договору № ____/____/____ від _____.____.____ року

1. Інформація про отримувача страхового відшкодування:	
П.І.Б.	
РНОКПП (ІПН)	
Серія та номер паспорту, ким виданий, дата видачі	
місце проживання/знаходження	
контактні телефони	
дата випадку (встановлення діагнозу / смерть / інвалідності)	
2. Спосіб здійснення страхового відшкодування:	
	<i>(необхідне вибрати)</i>
За системою Аваль-Експрес (за реквізитами паспорту та ІПН)* <i>*вартість банківських послуг – 1,0% від суми платежу, але не менше 10,00 грн за рахунок отримувача</i>	<input type="checkbox"/>
На картковий рахунок (зарплатна карта, карта для стипендії тощо): Найменування Банку _____ ЄДРПОУ Банку _____ МФО Банку _____ № рахунку Банку (транзитний рахунок) _____ № карткового рахунку _____ <i>не завжди дорівнює номеру пластикової карти</i>	<input type="checkbox"/>
На особистий рахунок: Отримувач (П.І.Б.) _____ ІПН Отримувача _____ Найменування Банку _____ МФО Банку _____ № особистого рахунку Отримувача _____	<input type="checkbox"/>

До Заяви додано необхідні документи* (відмітити факт надання):

- Копія паспорту Застрахованої особи (стор. 1, 2 та сторінка з реєстрацією);
- Копія РНОКПП (ІПН) Застрахованої особи;

- Копія Свідоцтва про народження Застрахованої особи (для неповнолітніх);
- Документ, що підтверджує діагноз (за ризиками «Хвороба» / «Критичне захворювання» / «Доброякісні новоутворення»);
- Довідка МСЕК (за ризиком «Інвалідність»);
- Оригінал або нотаріально завірена копія Свідоцтва про смерть Застрахованої особи (за ризиком «Смерть»);
- Документи, що підтверджують підстави для отримання спадкоємцем (заявником) страхової виплати.

*** У разі потреби Страховик має право вимагати від Страхувальника, Застрахованої особи, її Вигодонабувача або спадкоємця надання інших документів або відомостей**

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 умов укладених між Сторонами договорів, 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, у 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, у тому числі, але не виключно, прізвище, ім'я, ім'я по-батькові, дата та місце народження, адреса, телефон, паспортні дані, ідентифікаційний номер, професія, інформація про належне йому майно, а також інші надані Заявником відомості, у тому числі відомості, надані Заявником про Вигодонабувача (Вигодонабувачів).

_____ /дата/

_____ /П.І.Б., підпис/