



ЗАЯВА ПРО ВИПЛАТУ

Я, **Вигодонабувач (спадкоємець)** _____

(прізвище, ім'я, по батькові повністю, ідентифікаційний номер, відношення до Застрахованої особи)

повідомляю, що згідно з Договором страхування життя № _____ від « ____ » _____

20 ____ р., із Застрахованою особою:

(прізвище, ім'я, по батькові повністю, ідентифікаційний номер)

« ____ » _____ 20 ____ р. відбулась подія за наступних обставин

До заяви додаються наступні документи (необхідне позначити ✓):

- ☐ Договір страхування/страхове свідоцтво;
- ☐ Копія Заяви на страхування або Заяви на призначення Вигодонабувачів;
- ☐ **Копія паспорта Вигодонабувача:** для паспорта старого зразка - копії всіх заповнених сторінок **АБО** Копія паспорта нового зразка - ID-картка (лицева та зворотна сторона) та довідка з Єдиного державного демографічного реєстру про реєстрацію місця проживання;
- ☐ **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;
- ☐ Копії документів, які засвідчують ступінь споріднення Вигодонабувача із Застрахованою особою (свідоцтво про народження, повний витяг з ДРАЦСу про шлюб, тощо);
- ☐ Довідка з банку про відкриття/наявність банківського рахунку Вигодонабувача;
- ☐ Копія лікарського свідоцтва про смерть або довідки про причину смерті;
- ☐ Нотаріально засвідчена копія свідоцтва про смерть Застрахованої особи встановленого зразка;
- ☐ Документи компетентних органів (МВС, 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;
- ☐ Документи лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я: виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого; медичні довідки, засвідчені підписом відповідальної особи та скріплені печаткою лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я;
- ☐ Нотаріально засвідчена копія документу про встановлення інвалідності, виданого медико-соціальною експертною комісією (МСЕК) або ЕКОПФО;
- ☐ Результати інструментальних досліджень (рентген, КТ, МРТ, УЗД, тощо);
- ☐ _____;
- ☐ _____;

всього на _____ аркушах.

Прошу здійснити страхову виплату по даному випадку (у разі визнання його страховим) у відповідності з умовами, згідно з якими був укладений Договір страхування життя, за наступними реквізитами (необхідне позначити ✓):

☐	Грошовим переказом¹ по системі «Райффайзен-Експрес» (раніше Аваль-Експрес) банку Райффайзен Банк Аваль зі сплатою комісії за переказ коштів за рахунок одержувача згідно з діючими тарифами Банку.		
☐	На банківський (картковий) рахунок²	Найменування банку одержувача	
		№ рахунку	UA
		ЄДР	

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.

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 урахуванням податків та/або зборів, передбачених законодавством України.

Мій контактний телефон, адреса

адреса: _____

тел.: _____

адреса електронної пошти: _____

«__» _____ 20__ р. _____ (Підпис) _____ (ПІБ Вигодонабувача)