



ЗАЯВА ПРО ВИПЛАТУ

(періодичні виплати - анuitет)

УВАГА! Дата подання Заяви про виплату та засвідчення копій документів не може бути раніше дати чергової анuitетної виплати щодо якої подається ця Заява.

Я, Застрахована особа/Вигодонабувач _____

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

прошу здійснити страхову виплату за Договором страхування життя

№ _____ від «_____» _____ 20__ р.

До заяви додаються наступні документи (необхідне позначити ✓):

- ☐ * **Завірена 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;
- ☐ * **Завірена 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;

* **ВАЖЛИВО!** Власник документу на кожній сторінці має власноруч зробити напис:

«Згідно з оригіналом», а також зазначити дату, свої прізвище та ініціали, та поставити власний підпис.

- ☐ **В разі якщо Вигодонабувач та Застрахована особа різні особи:** додатково надаються власноруч завірені Застрахованою особою копії паспорта, довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків, довідки з ЄДДР про реєстрацію місця проживання Застрахованої особи.
- ☐ Копія довідки до акту огляду МСЕК або рішення ЕКОПФО про встановлення Застрахованій особі інвалідності I групи (при наявності);
- ☐ _____

всього на _____ аркушах

Прошу здійснити страхову виплату по даному випадку 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 або надати Довідку з банку про відкриття/наявність банківського рахунку Вигодонабувача із зазначенням призначення платежу

Мій контактний телефон, адреса

адреса: _____

тел.: _____

адреса електронної пошти: _____

Підписанням цієї Заяви 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.

«_____» _____ 20__ р.
дата

підпис Вигодонабувача

ПІБ Вигодонабувача

- ☐ **Заповнюється Страховиком:** ☐ Інвалід I групи _____ ☐ Вік 70 і більше років.
(довічно або на строк)