

Голові правління
ПРАТ СК «АРМА»
Фетісовій Л. В.

від _____

(П.І.Б. Заявника)

адреса, телефон: _____

паспорт серія _____ № _____
виданий _____

ЗАЯВА
на страхову виплату

Прошу здійснити страхову виплату згідно із міжнародним договором страхування серії
№ _____ від «___» _____ 201__ р.

Вид страхування	Добровільне страхування від нещасних випадків		
Страховальник			
Адреса, телефон			
Строк дії Договору	днів	з	до
П.І.Б. Застрахованої особи, з якою сталася подія			
Адреса Застрахованої особи			
Країна, де сталася страхова подія			
Дата страхової події			
Короткий опис обставин нещасного випадку та його наслідків			
Дата звернення до Сервісної компанії або причини не звернення до Сервісної компанії			
Дата повернення в країну постійного місця проживання			
Встановлена група інвалідності (у разі її встановлення)			
Страхову виплату прошу сплатити: безготівково / готівкою з каси			

Реквізити банківської установи (у разі перерахування на п/р)	повне найменування банку	
	код ЄДРПОУ банку	
	п/р банку	
	МФО банку	
	для зарахування на особистий рахунок №	
	П.І.Б. отримувача	

До цієї Заяви додаються:

1. оригінал міжнародного договор страхування № _____
2. копія паспорту громадянина України (1-4 сторінки)
3. копія закордонного паспорту громадянина України (перша сторінка та сторінки із візами)
4. копія облікової картки платника податків України (або ідентифікаційний номер згідно з Державним реєстром фізичних осіб - платників податків та інших обов'язкових платежів)
5. довідка про встановлення інвалідності _____
6. інші (вказати) _____
7. _____
8. _____

Я:

- зобов'язуюсь надати достовірну інформацію, яка повністю розкриває обставини страхової події і необхідна для встановлення факту страхового випадку та надати відповідні документи щодо підтвердження цього факту;
- поінформований (-а), що надання неправдивих відомостей, може бути причиною відмови у страховій виплаті;
- поінформований (-а), що реєстрація Страховиком цієї Заяви не є підтвердження згоди Страховика на здійснення страхової виплати;
- підписанням цієї Заяви підтверджую, що повідомлений про: мету збору моїх персональних даних; найменування, призначення та місцезнаходження бази персональних даних, яка містить персональні дані; склад та зміст зібраних персональних даних; дії з персональними даними щодо їх обробки; строк зберігання персональних даних; свої права, як суб'єкта персональних даних; розпорядників персональних даних; осіб, яким передаються його персональні дані.

Застрахована особа/ Вигодонабувач/ спадкоємець _____ / _____ /
 (підпис) (П.І.Б.)

“ _____ ” _____ 201__ р.