

Голові Правління «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» Арбузіній В.О.

ПІБ Заявника: _____

Документ, що посвідчує особу: Серія ____ № _____ від _____

Назва органу, що видав документ: _____

РНОКПП: _____

Контактний № телефону(обов'язково): _____

Адреса: _____

**Заява
про страхову виплату**

Прошу Вас здійснити страхову виплату в зв'язку з випадком, що стався __ ____ 20__р. за Договором страхування № _____ від «__» _____ 202__р.

Застрахована особа (ПІБ, дата народження) _____

Яка подія відбулась _____

Діагноз, згідно з медичними документами _____

Подія відбулась за наступних обставин: _____

Вартість витрат склала: _____

До Заяви додаю наступні документи:

№	Перелік документів	Кількість арк.
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____

Страхову виплату прошу здійснити шляхом перерахування на наступні реквізити:

ПІБ /Назва одержувача СВ _____

ЄДРПОУ/РНОКПП одержувача _____

ІВАН _____

Банк одержувача _____

Призначення платежу _____

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, надаю безвідкличну згоду щодо обробки своїх персональних даних ПрАТ «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» з метою обслуговування клієнтів з якими укладено договори страхування, а також будь-якими третіми особами, за якими ПрАТ «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» несе відповідні зобов'язання як страховик, згідно статті 20 Закону України «Про страхування» та статті 988 Цивільного кодексу України, а також дотриманням ПрАТ «СК «УЛЬТРА АЛЬЯНС» таємниці страхування у відповідності до статті 40 Закону України «Про страхування».

Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно з чинним законодавством України. Я посвідчую, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, а також повідомлений про те, що з моменту отримання Страховиком цієї Заяви персональні дані, зазначені у ній включені до бази персональних даних Страховика».

дата «__» _____ 20__р. _____

підпис

/ _____ /

ПІБ особи, яка подає Заяву