|  |  |
| --- | --- |
| Закрите акціонерне товариство  «Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС»  вул. Білоруська,3  м. Київ, Україна, 04050 | т. +380 44 246 67 22 (багатоканальний)  8 800 500 1234 (безкоштовно  зі стаціонарних телефонів по Україні)  www.bbs.com.ua |



|  |
| --- |
| Голові Правління «Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС»  Заяву одержано «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р.  Реєстраційний №\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(підпис)*  Красноруцькому П.В. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ПІБ застрахованого |
| паспорт серія \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.  Інд.код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мешкає за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактний тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Електронна адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Договір страхування № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВА**

**про здійснення страхової виплати**

Прошу Вас виплатити мені страхове відшкодування за комплексним міжнародним полісом страхування подорожуючих, в зв’язку з випадком, що трапився «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року при наступних обставинах:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Сума витрат**, згідно з чеками (квитанціями, рахунками тощо) становить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До Заяви додаю наступні документи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Документи** | **Кількість** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Страхове відшкодування прошу виплатити наступним чином:

1. шляхом отримання грошових коштів по системі «АВАЛЬ-ЕКСПРЕС**»**;
2. шляхом перерахування грошових коштів на **особистий розрахунковий рахунок**;

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р/р IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЗКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отримувач платежу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Достовірність всієї інформації в цій заяві підтверджую. Попереджений (на), що в разі надання неправдивої/недостовірної інформації мені може бути відмовлено у страховій виплаті/страховому відшкодуванні згідно з вимогами Договору, Правил страхування, чинного законодавства України.***

***Підписуючи цю Заяву: я надаю безвідкличну згоду, у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» щодо збору, обробки та використання моїх персональних даних Страховою компанією «ББС ІНШУРАНС» з метою здійснення страхового відшкодування; підтверджую, що не претендую на виплату страхового відшкодування в інших страхових компаніях по даній події та, що до інших страхових компаній не звертався (лася),та не маю наміру звертатися, щодо отримання страхової виплати/страхового відшкодування по заявленій в цій Заяві події; підтверджую, що під час заповнення даної Заяви мені була надана вся необхідна консультативна допомога; у випадку зміни реквізитів для оплати, що вказані в цій Заяві, зобов’язуюся попередити про це Страхову компанію «ББС ІНШУРАНС» та надати інформацію щодо нового порядку оплати та реквізити для здійснення страхової виплати/страхового відшкодування.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата |  | (підпис) |