



Акціонерне товариство
«Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС»
вул. Білоруська, 3
м. Київ, 04050, Україна

т. 0 44 246 67 22 (багатоканальний)
0 800 500 123 (безкоштовно
зі стаціонарних телефонів по Україні)
www.bbs.com.ua; med@bbs.com.ua

Заяву одержано «___» _____ 20__ р.
Реєстраційний № _____

(П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву)

(підпис)

Голові Правління
Страхової компанії «ББС ІНШУРАНС»
Петру Каспоровському

(ПІБ отримувача виплати)

Паспорт серія _____ № _____
виданий _____

«___» _____ 20__ р.

Мешкає за адресою, _____

контактний № телефону (обов'язково) _____

електронна пошта _____

Договір страхування № _____ від _____

ЗАЯВА

про здійснення страхової виплати

Прошу Вас здійснити мені страхову виплату в зв'язку з нещасним випадком, що стався
«___» _____ 20__ р. із застрахованою особою _____

при наступних обставинах:

(ПІБ застрахованої особи)

До Заяви додаю наступні документи

Таблиця 1

№	Документи	Кількість
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Страхове відшкодування прошу виплатити наступним чином

(необхідне обвести або підкреслити):

- 1) шляхом отримання грошових коштів через **систему Аваль-Експрес**;
- 2) шляхом перерахування грошових коштів на особистий розрахунковий рахунок:

Банк _____ IBAN _____
МФО _____ РНОКПП _____ 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; надаю згоду та уповноважую працівників Страхової компанії «ББС ІНШУРАНС» на отримання будь-якої інформації, що стосується події, що зазначена в цій Заяві, в будь-яких підприємствах, установах, організаціях, в т.ч. але не виключно поліклініках, лікарнях та інших закладах охорони здоров'я, будь-яких лікарів, спеціалістів; 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) _____

Шановний(а) пан(і)!

На виконання вимог Закону України № 361-ІХ «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення» просимо Вас надати та вказати у відповідних пунктах офіційні документи (або засвідчені в установленому порядку їх копії), чинні (дійсні) на момент їх подання, які містять всі необхідні ідентифікаційні дані для здійснення належної перевірки згідно **статті 11 Закону**, а саме:

Опитувальник ідентифікації фізичної особи(фізичної особи-підприємця)

№ з/п	Види ідентифікаційних даних	Ідентифікаційні дані	
1	Прізвище, ім'я, по батькові		
2	Дата народження		
3	Місце проживання (або місце перебування) (індекс, країна, область, район, місто (селище, село), вулиця, будинок, квартира)		
4	Паспортні дані (№, серія, дата видачі, ким видано) або дані іншого документу, що посвідчує особу та відповідно до законодавства України може бути використаним на території України для укладення правочинів		
5	Реєстраційний номер облікової картки платника податків (або ідентифікаційний номер згідно з Державним реєстром фізичних осіб - платників податків та інших обов'язкових платежів) або номер (та за наявності - серію) паспорта громадянина України, в якому проставлено відмітку про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків України чи номера паспорта із записом про відмову від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків України в електронному безконтактному носії		
6	Громадянство	☐ Україна	☐ Інше
7	Дата та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців про проведення державної реєстрації		
8	Належність клієнта до політично значущих осіб, членів їх сімей або пов'язаних з ними осіб	☐ ТАК	☐ НІ
9	Належність клієнта до резидентів Росії / республіки Білорусь, а також осіб, зареєстрованих на непідконтрольних або тимчасово окупованих територіях України	☐ ТАК	☐ НІ

10	Номер поточного рахунку та назва банку обслуговування, адреса банку (за наявності)	
11	Додаткова інформація (телефон, E-mail)	

Своїм підписом засвідчую, що на виконання ст. 8, 12, 21 Закону України «Про захист персональних даних» я повідомлений про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних наданих мною, права суб'єктів персональних даних, визначені цим Законом, мету збору персональних даних та осіб, яким можуть передатися персональні дані (з урахуванням вимог визначених Законом України «Про запобігання та протидію легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом, фінансуванню тероризму та фінансуванню розповсюдження зброї масового знищення»).

Дата заповнення: _____ Підпис: _____ /ПБ/

Цей розділ заповнюється працівниками фінансової установи:

Клієнт віднесений за рівнем ризику до категорії: низький, середній, підвищений, високий, неприйнятно високий

Відповідний працівник Страхової компанії «ББС Іншуранс»

П.І.Б

Підпис

Дата

Дані про зміну рівня ризику (заповнюються у разі зміни за результатами постійного вивчення діяльності клієнта або за результатами перегляду не рідше одного разу на 3 роки)

Клієнт віднесений за рівнем ризику до категорії (низький, середній, підвищений, високий, неприйнятно високий) працівником, що здійснював ідентифікації та вивчення особи

Відповідний працівник Страхової компанії «ББС Іншуранс»

Підпис

/___/___/20__р.
Дата

Клієнт віднесений за рівнем ризику до категорії (низький, середній, підвищений, високий, неприйнятно високий) працівником, що здійснював ідентифікації та вивчення особи

Відповідний працівник Страхової компанії «ББС Іншуранс»

Підпис

/___/___/20__р.
Дата

Відповідальний за проведення фінансового моніторингу

Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС» _____ **Міхновська В.М.**

Перелік документів дня нещасних випадків:

1. Заява про страхову виплату.
2. Копія договору страхування.
3. Документ, що ідентифікує Застраховану особу та одержувача страхової виплати (паспорт, ідентифікаційний код (ІПН) тощо).
4. Довідки компетентних органів (відповідно до події, що сталася). В цьому документі має бути описані дата, приблизний час, причини події, обставини (що призвело). Залежно від того, як рахується виплата – діагноз або тривалість лікування.
5. Інші документи на запит Страховика:
 - Копія свідоцтва про народження постраждалої дитини;
 - Довірительний документ в разі отримання виплати довіреною особою.

За потреби надати ще якісь документи менеджер медичного департаменту повідомить вас. Повний перелік додаткових документів менеджер зможе надати після медико-економічної первинної експертизи, коли отримає від вас первинний набір документів