

М.П.

М.П.

Свідчення

- Я засвідчую, що інформація надана мною відповідає дійсності.
- За цією подією я/мої представники не отримав (-ла)/(-ли) відшкодування від винуватця події, іншої особи чи страхової компанії, а також не подавав (-ла)/(-ли) заяв на відшкодування шкоди в іншу страхову компанію.
- Попереджений(-а), що у разі відсутності акта за формою НТ (нещасний випадок невикробничого характеру) або документів закладу охорони здоров'я, які підтверджують факт отримання тілесних ушкоджень, відповідно до Податкового кодексу України, Постанови Кабінету Міністрів України від 22 березня 2001 року № 270 «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків невикробничого характеру», з суми страхової виплати буде утримано та перераховано до бюджету податок з доходів фізичних осіб у порядку та за ставкою, визначеними чинним законодавством України.
- «Мені також відомо, що страхова компанія може запросити інші документи, які будуть необхідні для належного опрацювання справи та прийняття рішення відносно виплати страхового відшкодування.

☐ Потерпілий ☐ Спадкоємець ☐ Опікун ☐ Представник

П.І.Б. _____ Діє на підставі _____

Адреса (повна) _____

Телефон _____ Дата: ____ - ____ - ____ р. Підпис: _____

Підпис представника Страховика, що прийняв цей документ: _____ Дата: ____ - ____ - ____ р.
П.І.Б./підпис _____ / _____

ЗГОДА - ПОВІДОМЛЕННЯ

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, надаю безвідкличну згоду щодо обробки своїх персональних даних «СТРАХОВОЮ КОМПАНІЄЮ «ББС ІНШУРАНС» з метою обслуговування клієнтів з якими укладено договори страхування, а також будь-якими третіми особами, за якими «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» несе відповідні зобов'язання як страховик, згідно статті 92 Закону України «Про страхування» та статті 988 Цивільного кодексу України, а також дотриманням «СТРАХОВОЮ КОМПАНІЄЮ «ББС ІНШУРАНС» таємниці страхування у відповідності до статті 113 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».

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

М.П.