|  |  |
| --- | --- |
| Приватне акціонерне товариство«Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС»вул. Білоруська, 3м. Київ, Україна | т. 0 44 299 83 89 (багатоканальний)0 800 336 138 (безкоштовнозі стаціонарних телефонів по Україні)[www.bbs.com.ua](http://www.bbs.com.ua); dms@bbs.com.ua  |



|  |
| --- |
| Голові Правління Заяву одержано «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р.Реєстраційний №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(підпис)*Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС» Красноруцькому П.В. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| ПІБ застрахованої особи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| паспорт серія \_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ІПН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мешкає за адресою,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Контактний № телефону(обов’язково)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Електронна пошта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Карта застрахованої особи № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 **ЗАЯВА**

**про здійснення страхової виплати**

Прошу Вас виплатити мені страхове відшкодування в розмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн. , що були використані мною на придбання медикаментів ⁯, сплату медичних послуг за призначенням лікаря при лікуванні в амбулаторних⁯ , стаціонарних умовах⁯, оздоровлення ⁯ .

До Заяви додаю наступні документи Таблиця 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Документи** | **Кількість** |
|  | Фіскальні чеки на суму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_грн. |  |
|  | Товарні чеки, Квитанції |  |
|  | Прибутковий касовий ордер медичного закладу |  |
|  | Направлення на лікування/діагностику/консультацію  |  |
|  | Довідка/ висновок/виписка з історії (копія) |  |
|  | Акт виконаних робіт |  |
|  | Копія листа непрацездатності |  |
|  | Рецепт або вимога лікаря в аптеку |  |
|  | Копія паспорту |  |
|  | Копія ідентифікаційного номеру |  |
|  | Банківські реквізити – для зарахування по б/г |  |
|  | Копія свідоцтва платника податків ЛПУ |  |
| 13. | Свідоцтво про державну реєстрацію юр.особи |  |

Страхове відшкодування прошу виплатити наступним чином:

1. шляхом отримання грошових коштів через **систему 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; 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) |