|  |  |
| --- | --- |
| Кому: | Приватне акціонерне товариство"Європейський страховий альянс" |
| **Від кого**  (П.І.Б. повністю) |  |
| **Адреса проживання***(індекс, місто, район, обл., вул., буд., кв.)* |  |
| **Телефон** *(дом. з кодом міста, моб.)* |  |
| **e-mail:** |  |
| **З А Я В А про страхову виплату** |
| **1. 1. Застрахована особа (**П.І.Б.**)** |  |
| **2. № картки** |  | **Договір №** |  | **від** | **\_. \_. 20 \_** |
| **3. Опис події:**  |
|  **Дата:** (коли звернулись) | **\_. \_. 20 \_** | **Місце події:** |  |
| **Обставини події:** |
| *Причини звернення:* |  |
| *Діагноз:* |   |
| *Надані послуги:* |  |
| *Сума збитків:* |  |
| **4. Додатки до заяви:** |
| 1.  |
| 2.  |
| 3.  |
| 4.  |
| 5.  |
| 6.  |
| 7.  |
| **5. Належну суму страхової виплати прошу здійснити перерахуванням на банківській рахунок (вказати реквізити):** |
| ***Банківські реквізити \**** | *Банк:* |   | *код ЄДРПОУ банку* |   |
| *МФО банку* |   | *рахунок банку/IBAN* |   |
| *карт. рахунок* |   | *ІПН отримувача* |   |
| *отримувач* |   |
| **6. Примітки:** |
| *( Реквізити банку можна дізнатися в мобільному додатку або зателефонувати на гарячу лінію банку)* |
|   |

**\* Для здійснення виплати суми страхового відшкодування на банківський рахунок, необхідно надати банківські реквізити для поповнення карткового рахунку, надані банківською установою.**

*При некоректному зазначенні банківських реквізитів, ПрАТ “Європейський страховий альянс” може відстрочити здійснення страхового відшкодування до моменту надання застрахованою особою вірних банківських реквізитів.*

**Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моєю довіреною особою) є повною і правдивою. Я попереджений про те, що у разі надання неповної або недостовірної інформації, ПрАТ “Європейський страховий альянс” має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.**

*Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" даю згоду ПрАТ "Європейський страховий альянс" на обробку та використання моїх персональних даних виключно з метою та в межах укладеного договору страхування та виконання вимог законодавства України.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Застрахована особа/****Страхувальник** | **П.І.Б.** | **Підпис** | **Дата** *(дата заповнення)* |
|   |  | **\_\_. \_\_. 20 \_\_** |