



Кому:	Приватне акціонерне товариство "Європейський страховий альянс"
Від кого (П.І.Б. повністю)	Іванова Валентина Петрівна
Адреса проживання (індекс, місто, район, обл., вул., буд., кв.)	М. Київ, вул. Симона Петлюри, б.10, кв. 1
Телефон (дом. з кодом міста, моб.)	050-050-50-50
e-mail:	ipv@gmail.com

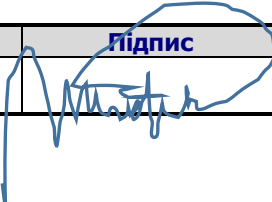
### З А Я В А ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ

<b>1. Застрахована особа (П.І.Б.)</b>		Іванова Валентина Петрівна			
<b>2. № картки</b>	0112638	<b>Договір №</b>	1069587	<b>від</b>	01. 10. 20 20
<b>3. Опис події:</b>					
<b>Дата:</b> <small>(коли звернулись)</small>	10. 03. 20 20	<b>Місце події:</b>	Київ		
<b>Обставини події:</b>					
<i>Причини звернення:</i>	Підвищення температури тіла, нежить, біль у горлі.				
<i>Діагноз:</i>	ГРВІ				
<i>Надані послуги:</i>	Консультація сімейного лікаря, аналізи, придбання медикаментів				
<i>Сума збитків:</i>	1200 грн.				
<b>4. Додатки до заяви:</b>					
1. Консультативний висновок					
2. Результати аналізів					
3. Фіскальний чек на суму 800 грн. за консультацію та аналізи					
4. Фіскальний чек на суму 400 грн. за медикаменти					
5. Копія паспорту					
6. Копія ІНН					
7. Акт виконаних робіт з розшифровкою наданих послуг					
<b>5. Належну суму страхової виплати прошу здійснити перерахуванням на банківській рахунок (вказати реквізити):</b>					
<b>Банківські реквізити *</b>	<b>Банк:</b>	ПАТ «ПРИВАТБАНК»		<b>код ЄДРПОУ банку</b>	12345678
<b>МФО банку</b>	345678	<b>рахунок банку/IBAN</b>	UA003223130000026509000000789		
<b>карт. рахунок</b>	1234567890987654	<b>ІПН отримувача</b>	1234567890		
<b>отримувач</b>	Іванова Валентина Петрівна				
<b>6. Примітки:</b>					
( 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.

<b>Застрахована особа/ Страховальник</b>	<b>П.І.Б.</b>	<b>Підпис</b>	<b>Дата</b> (дата заповнення)
	Іванова В.П.		13. 03. 20 20