

Голові Правління АТ «СК «ІНГО»
Гордієнку Ігорю Миколайовичу
від Страхувальника/Застрахованої
особи/Вигодонабувача за Договором
страхування № _____
(П.І.Б.) _____

що проживає за адресою:

Контактний телефон № _____

E-mail: _____

З А Я В А

Прошу розглянути подію, що сталася із застрахованою особою (П.І.Б.) _____
та здійснити страхову виплату відповідно до умов
Договору страхування № _____.

Обставини настання вказаної події: _____

(дата, час, місце, детальні обставини настання, звернення за медичною допомогою (адреса лікувального закладу), діагноз)

До заяви додаю (із зазначенням – оригінали, копії чи нотаріально засвідчені копії):

1. _____ на __ арк.
2. _____ на __ арк.
3. _____ на __ арк.
4. _____ на __ арк.
5. _____ на __ арк.
6. _____ на __ арк.
7. _____ на __ арк.
8. _____ на __ арк.
9. _____ на __ арк.
10. _____ на __ арк.

Страхову виплату прошу здійснити шляхом зарахування на банківський рахунок:

Код отримувача (ІПН) _____

Розрахунковий рахунок отримувача (IBAN) _____

Картковий рахунок(за наявності) _____

Я підтверджую, що надана мною інформація та документи є достовірними.

Я надаю згоду, у відповідності до ЗУ «Про захист персональних даних» №2297-VI, щодо збору, обробки та використання моїх персональних даних АТ «СК «ІНГО» у цілях здійснення страхової діяльності, підтверджую, що ознайомлений(на) про свої відповідні права, мету збору даних та осіб, яким вони можуть надаватись.

Я надаю згоду АТ «СК «ІНГО» на отримання, а всім іншим особам на надання будь-якої інформації та відповідних документів щодо стану мого здоров'я, в тому числі всього, що становить медичну таємницю, за відповідним запитом АТ «СК «ІНГО»

_____ (_____)

підпис

П.І.Б.

_____ дата