

Реєстраційний номер заяви:	[Pattern]	<b>Голові Правління ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП"</b>	
		Страховальник (ПІБ):	Мережа заправних комплексів «ОККО»
		Дані Застрахованої особи (ПІБ):	
Дата реєстрації заяви:		ІПН Застрахованої особи:	
		Адреса проживання:	
	Номер телефону:		

### ЗАЯВА ПРО НАСТАННЯ ПОДІЇ

<b>Загальна інформація про подію:</b>			
Дата проходження медичного огляду:		Місто проходження медичного огляду:	

<b>Обставини випадку:</b>	
Обставини випадку:	<input type="checkbox"/> проходження первинного медичного огляду при праці/влаштуванні
	<input type="checkbox"/> проходження періодичного медичного огляду працівника

Назва лікувального закладу, де проводився медичний огляд	
--	--

Я надаю фінансові документи, що підтверджують мої витрати на проходження медичного огляду у розмірі:	_____ грн. _____ коп.
--	-----------------------

**Належну страхову виплату прошу здійснити шляхом перерахування коштів на рахунок:**

Отримувач:			
ІВАН:	UA		
ЄДРПОУ/ІПН:			
Назва Банку:		особистий рахунок	

Я надаю ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП" згоду щодо обробки та використання моїх персональних даних, інформації та документів, які місять таємницю страхування, у цілях здійснення страхової діяльності Страховика. Я даю згоду на здійснення інформування від ПрАТ "УСК "КНЯЖА ВІЕННА ІНШУРАНС ГРУП" про стан розгляду моєї страхової справи та про проведення акцій в Компанії (у т.ч. пропозиції щодо пролонгації або укладення нових договорів страхування) за допомогою СМС, електронною поштою та інших засобів зв'язку за наданими мною реквізитами. Всі відомості, надані мною в цьому поясненні та додатках є правдивими. Я згідний, що в разі підтвердження щодо надання мною неправдивих відомостей про факт/причини/обставини страхового випадку, мені буде відмовлено у страховій виплаті.

<b>Заявник:</b>		<b>Підпис:</b>		<b>Дата подання:</b>	
(ПІБ)					