

ТАЄМНИЦЯ СТРАХУВАННЯ*

Заяву отримано "___" _____ 20__ р. (П.І.Б. працівника, який прийняв заяву) (підпис)

Власник ТЗ _____
(П.І.Б. Страхувальника (Потерпілого)-фізичної особи або назва юридичної особи)
ПН (код ЄДРПОУ) _____
адреса: _____
_____ тел.: _____
e-mail: _____

Заява на виплату страхового відшкодування

Внаслідок настання страхового випадку від "___" _____ 20__ р. пошкоджено транспортний засіб марки, модель _____, державний номер _____ або

шкода життю, здоров'ю третьої особи (ПІБ) _____.
Прошу здійснити виплату страхового відшкодування згідно з договором страхування (полісом) № _____ від _____
(зазначається номер договору каско або номер полісу ОСЦПВ винної особи)

Взаєморозрахунки між мною і стороною, що є винною у скоєнні ДТП:

- проводились у розмірі _____
 не проводились.

Грошові кошти за цим випадком прошу перерахувати за наступними реквізитами:

<input type="checkbox"/>	СТО	
<input type="checkbox"/>	Шляхом перерахування на рахунок в установі банку (зазначаються реквізити виключно власника ТЗ або представника за довіреністю, яка передбачає отримання страхового відшкодування)	

IBAN										U	A										
код країни		контр шифри		МФО				№ рахунку													
назва банку																					
номер картки																					
власник рахунку																					
код ЄДРПОУ або ПН																					

Будь-які претензії до Страховика щодо отримувача платежу та реквізитів в подальшому з моєї сторони будуть відсутні.

Я ознайомлений з тим, що: на виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», підписанням цієї заяви Заявник надає свою згоду здійснювати Страховиком дії з персональними даними Заявника, які пов'язані зі збиранням, включенням до баз(и) персональних даних, обробкою, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням, знеособленням, знищенням, передачею третім особам.

Я дійсним підтверджую що не звертався за даним ДТП до страховика відповідальної особи або МТСБУ щодо відшкодування шкоди

_____.____.20__ р. (дата заповнення)

_____/_____/_____/

Підпис

М.П.

П.І.Б.

* Цей документ містить інформацію, що становить таємницю страхування. Відповідно до Закону України «Про страхування», інформація що міститься в цьому документі не підлягає розголошенню та використанню на користь третіх осіб