|  |
| --- |
| **Т.в.о. Голови Правління АТ «СК «Країна»**  **Морозу Л.І.** |

# вх. № від

|  |  |
| --- | --- |
| Заява на виплату страхового відшкодування | |
| **Заява на виплату страхового відшкодування заповнюється власноруч особою, яка має право на отримання страхового відшкодування** | |
| 1. Інформація про отримувача страхового відшкодування: | |
| ПІБ\ назва юридичної особи |  |
| ІПН\ ЄДРПОУ |  |
| Серія та номер паспорту, ким виданий, дата видачі |  |
|  |
| місце проживання/знаходження |  |
|  |
| контактні телефони |  |
| дата випадку |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. Інформація по договору страхування:** | | | |
| № договору страхування (полісу) |  | дата |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Інформація про пошкоджений транспортний засіб:** | |
| Марка/модель |  |
| Державний номер |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Інформація про взаєморозрахунки, здійснені між учасниками ДТП:** | | | | | |
| так |  | у розмірі |  | ні |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Відомості щодо порядку виплати страхового відшкодування:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Виплату страхового відшкодування прошу провести наступним чином:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| а) через систему: | «Правекс-Телеграф»\*  (ПАТ КБ «ПРАВЕКС-БАНК») | | | | | | | | | | | | | |  | | | «Швидка копійка»\*  (ПАТ «ОЩАДБАНК») | | | | | | | | | | | |  | | |
| б) на рахунок СТО (вказати назву СТО, № та дату рахунку-фактури) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в) безготівковий розрахунок (картковий/розрахунковий рахунок) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Реквізити для перерахування страхового відшкодування:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| отримувач |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| банк отримувача |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| МФО банку |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| розрахунковий рахунок |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| картковий рахунок |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| код отримувача ЄДРПОУ\ІПН |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | U | A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

*Під час складання заяви заявнику була надана консультаційна допомога. У випадку, якщо надана мною інформація щодо порядку та/або реквізитів виплати страхового відшкодування зміниться, зобов`язуюсь негайно в письмовій формі повідомити про це АТ «СК «Країна» та надати інформацію щодо нового порядку та/або реквізитів для законної виплати страхового відшкодування. Я, що нижче підписався, надаю згоду на використання та обробку персональних даних з метою виконання умов страхування.*

*Стосується виплати страхового відшкодування за договорами ОСЦПВ! Уразі встановлення відсутності вини особи, цивільно-правова відповідальність якої застрахована за Полісом ОСЦПВВНТЗ в АТ «СК «Країна», зобов’язуюсь повернути АТ «СК «Країна» отримане страхове відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної вимоги.*

*\* - Для фізичної особи-отримувача коштів: протягом 30 робочих днів з дня перерахування коштів отримати кошти в будь-якому відділенні ПАТ КБ «ПРАВЕКС-БАНК», при собі мати паспорт та ІПН*

*\*\* - Для фізичної особи-отримувача коштів: протягом 30 робочих днів з дня перерахування коштів отримати кошти в будь-якому відділенні ПАТ «Державний ощадний банк України», при собі мати паспорт та ІПН*

*Після здійснення відновлювального ремонту транспортного засобу зобов’язуюсь надати такий ТЗ для огляду АТ «СК «Країна».*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| посада |  | дата |  |
| ПІБ |  | підпис/печатка |  |