|  |
| --- |
| **Голові 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  |  |