**Форма для автотранспорту**

ПРО100 СТРАХУВАННЯ

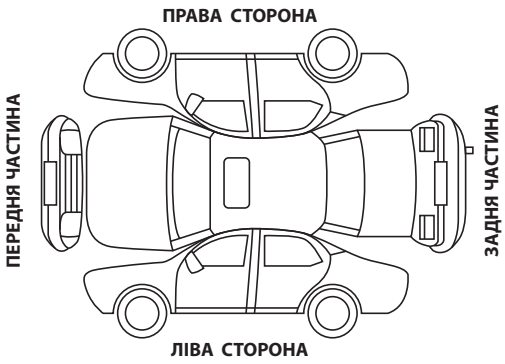
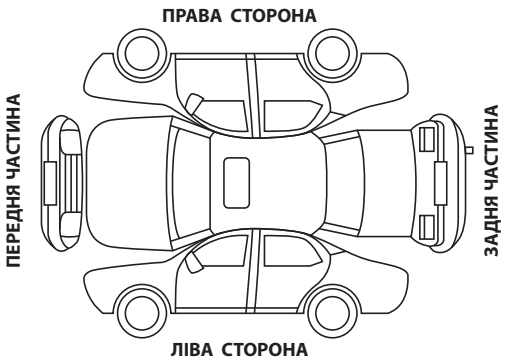
| № справи |
|---|
| |

**Голові Правління**
**АТ «ПРОСТО-страхування»**

**КАСКО** ☐ **ОСЦПВВНТЗ** ☐ **ДЦВ** ☐ **ПВЗ*** ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Назва організації / ПІБ | | | |
| Фактична адреса: | | | |
| Телефон (моб.): | | E-mail: | |

# Повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку

| | Страхувальник | Інший учасник |
|---|---|---|
| Договір страхування | Серія ☐☐ № ☐☐☐☐☐☐☐☐<br>від | Серія ☐☐ № ☐☐☐☐☐☐☐☐<br>від |
| Страхова компанія | АТ «ПРОСТО-страхування» | |
| Транспортний засіб | | |
| Держаний номер, рік випуску | | |
| Власник ТЗ | | |
| Водій на момент події | | |
| Телефон водія | | |
| Перелік пошкоджень ТЗ |  |  |

| | |
|---|---|
| Місце події (повна адреса) | |
| Дата та час події | ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. близько ☐☐ год. ☐☐ хв. |
| Обставини події | |

Фото- / відеозйомка на місці ДТП проводилась ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Винною особою у настанні випадку вважаю (ПІБ)

(адреса, № телефону)

Про подію заявлено: - компетентним органам (поліція; ДСНС; МВС; пожежна охорона; інші) ☐ Так ☐ Ні

підрозділ, відділ, служба | дата ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. близько ☐☐ год. ☐☐ хв.

- цілодобовій спеціалізованій службі компанії ☐ Так ☐ Ні | дата ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. близько ☐☐ год. ☐☐ хв.

Аварійний комісар на місце події виїжджав ☐ Так ☐ Ні | Складено Європротокол ☐ Так ☐ Ні

Травмовані особи ☐ Так ☐ Ні | ПІБ, телефон

Орієнтовний збиток від | до | грн

Схема події / ДТП

Відомості про попередні ДТП з вашим ТЗ ☐ Наявні ☐ Відсутні

Перелік пошкоджень з попередніх ДТП

Відомості про інші ТЗ, якщо учасників було більше двох. Марка, модель, перелік пошкоджень. Водії та їх контактні дані.

## Заява

Після отримання всіх необхідних документів, прошу здійснити виплату страхового відшкодування:

згідно наданого рахунку СТО ☐ шляхом взаємозаліку несплаченої страхової премії ☐

на мої банківські реквізити: ☐ не визначено ☐

Одержувач

Код ЄДРПОУ Поточний рахунок №

Банк , МФО

Картковий / особистий рахунок

Ідентифікаційний номер

☐ Готівкою

через Ідентифікаційний номер

паспорт: серія № виданий

від р.

Взаєморозрахунки за заподіяні збитки внаслідок даної події проводились ☐ Так ☐ Ні

За повноту та достовірність вказаних реквізитів відповідальність несе заявник.

Заявник попереджений, що в разі надання завідомо неправдивих відомостей, Страховик – АТ «ПРОСТО-страхування» має право зменшити розмір страхового відшкодування або відмовити у виплаті страхового відшкодування (п. 3 ст. 26 Закону України «Про страхування»; Закон України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів», умови Договору страхування та Правила страхування, на підставі яких були укладені вищезазначені Договори страхування). Мною повідомлені достовірні та всі відомі мені відомості по даній події, що має ознаки страхового випадку.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010 року, Страхувальник та / або Застрахована особа (або: потерпілий; представник Страхувальника / Застрахованої особи / Потерпілого; спадкоємець або опікун, або піклувальник Страхувальника / Застрахованої особи / Потерпілого; Вигодонабувач або представник Вигодонабувача) надає безвідкличну згоду щодо обробки його персональних даних АТ «ПРОСТО-страхування» з метою здійснення страхової діяльності, пов'язаної з нею фінансово-господарської діяльності та ведення внутрішніх баз даних Страховика, а також відмовляється від письмового повідомлення щодо включення інформації про нього (неї) до бази персональних даних. Страхувальник та / або Застрахована особа (або: потерпілий; представник Страхувальника / Застрахованої особи / Потерпілого; спадкоємець або опікун, або піклувальник Страхувальника / Застрахованої особи / Потерпілого; Вигодонабувач або представник Вигодонабувача) посвідчує, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010 року.

Підписуючи це Повідомлення даю письмову згоду на отримання SMS повідомлень Страховика.

Назва організації / ПІБ

Дата р. м.п. (Підпис заявника)

Від страховика заяву прийняв: (ПІБ)

Підпис заявника Дата р.

*Процедура прямого врегулювання збитків відповідно до Положення, затвердженого протоколом Президії МТСБУ № 376/2016 від 10.03.2016 р.