ПРО100 СТРАХУВАННЯ

№ справи

Голові Правління
АТ «ПРОСТО-страхування»

КАСКО ☐ ОСЦПВВНТЗ ☐ ДЦВ ☐

Назва організації/ П.І.Б. .....

Фактична адреса: .....

Місце реєстрації .....

Телефони: роб. ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐ дом. ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐

моб. ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐

ЗАЯВА
на виплату/доплату страхового відшкодування

У зв`язку із страховим випадком, а саме ☐ ДТП ☐ ПДТО ☐ стихійне лихо ☐ незаконне заволодіння ☐ пожежа/вибух ☐ зовнішній вплив ☐ інше .....

який стався ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. по договору страхування (полісу) серія ☐☐☐☐ № ☐☐☐☐☐☐☐

від ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. прошу провести виплату/доплату страхового відшкодування наступним чином:

1) Суму ..... грн. .....

зарахувати у сплату недоплаченої частини страхової премії шляхом взаємозаліку із ..... Страховика.

2) Суму ..... грн. .....

☐ Готівкою

через ..... ідентифікаційний номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

паспорт: серія ..... № ..... виданий ..... від ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р.

☐ Безготівково*

Одержувач .....,

Код ЄДРПОУ ..... Поточний рахунок № .....,

Банк ....., МФО .....,

Картковий/особистий рахунок ..... ідентифікаційний номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*За повноту та достовірність вказаних реквізитів несе відповідальність заявник.

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

Отримувач / Заявник підтверджує, що згідний з вищевказаним розміром страхового відшкодування та строками виплат відповідно до умов договору страхування та Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів». У разі виявлення додаткової інформації, або обставин, які б вплинули на виплату (або розмір) страхового відшкодування, сума виплаченого страхового відшкодування беззаперечно підлягає поверненню Страховику на його рахунок протягом десяти календарних днів.

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 цю Заяву даю письмову згоду на отримання SMS повідомлень Страховика.

Дата ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ р. М.П. (Підпис заявника) .....