EUROINS UKRAINE
MEMBER OF EUROHOLD

Голові Правління
ПрАТ «СК «Євроінс Україна»
Яковенку А.В.

ЗАЯВА ПРО СТРАХОВУ ВИПЛАТУ

за договором обов'язкового (добровільного) страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів

Договір страхування забезпеченого ТЗ ПрАТ «СК «Євроінс Україна»

серія: ☐☐ (серія) № ☐☐☐☐☐☐☐☐ (номер договору (полісу))

строк дії з: ☐☐ (Дата) ☐☐ (Місяць) ☐☐ (Рік) по ☐☐ (Дата) ☐☐ (Місяць) ☐☐ (Рік)

Подія

Дата події: ☐☐ (Дата) ☐☐ (Місяць) ☐☐ (Рік)

Винна (відповідальна) особа

П.І.П.:

відповідно до: ☐ (ТАК/НІ) Постанова, Рішення, Вирок суду; ☐ (ТАК/НІ) Європротокол;

Потерпіла особа (особа, яка має право на виплату)

П.І.П. (найменування для організації):

адреса:

контактна особа: тел: +38(____)_____

РНОКПП / код ЄДРПОУ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ e-mail:

Вимога

На підставі вимог Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» від 21.05.2024 року №3720-IX (надалі – Закон України «Про ОСЦПВВНТЗ») прошу Вас відшкодувати шкоду (збитки), завдану внаслідок ДТП, а саме за:

☐ **Транспортний засіб (ТЗ):**

Марка/модель: реєстраційний номер:

Чи проводились попередні розрахунки (відшкод. від інших осіб): ☐ (ТАК/НІ) сума:

Наявність іншого дог. страх., за якими може бути відшкодовано збиток: ☐ (ТАК/НІ) страховик:

Чи зверталися Ви до інших страховиків (КАСКО/ ОСЦВ ПВЗ / тощо): ☐ (ТАК/НІ) страховик:

Зміст майнової вимоги: прошу суму страхового відшкодування виплатити

☐ **на рахунок:** №: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (зазначити номер рахунку, якщо виплата на картковий рахунок то зазначити транзитний рахунок)

в банку: (найменування банку) МФО: ☐☐☐☐☐☐ (код МФО БАНКУ не більше та не менше 6 знаків)

ЄДРПОУ / РНОКПП отримувача: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків),

номер карткового рахунку: ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ (номер карткового рахунку)

☐ **на рахунок СТО:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (зазначити номер рахунку)

МФО ☐☐☐☐☐☐ (код МФО не більше та не менше 6 знаків), ЄДРПОУ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (код ЄДРПОУ не більше та не менше 8 знаків) дод. інформ:

☐ **готівкою через відділення АТ «Райффайзен Банк» по системі «Raiffeisen Express» ****

* *Мені повідомлено, що самостійно несу відповідальність за правильність зазначення реквізитів для перерахування страхового відшкодування. В разі надання не коректних реквізитів, що позбавить можливості перерахувати страхове відшкодування або страхове відшкодування повернеться на р/р Страховика або реквізити не будуть надані потерпілою особою протягом 14 днів з моменту подання даної Заяви, Страховик має право перерахувати страхове відшкодування (з подальшим письмовим повідомленням заявника про виплату) по системі «Raiffeisen Express», для подальшої видачі готівки у*

відділеннях АТ «Райффайзен Банк».

** *Повідомлений, що для отримання страхового відшкодування необхідно звернутися до найближчого відділення АТ «Райффайзен Банк» з оригіналом паспорту та довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру. Також, повідомлений, та погоджуюсь, що при виплаті по системі «Raiffeisen Express» буде утримана комісія за РКО (розрахунково-касове обслуговування).*

Я відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»: надаю Страховику згоду (та гарантую, що мною виконано всі необхідні дії відповідно до Закону України «Про захист персональних даних», в т.ч. отримано згоду суб'єкта персональних даних - стосується юридичних осіб) на здійснення обробки своїх персональних даних з метою реалізації цивільно-правових та адміністративно–правових відносин у обсязі та на строк, що необхідні для реалізації мети, а також на передачу своїх персональних даних третім особам та/або розпорядникам, які залучаються Страховиком; засвідчую, що ознайомлений (та повідомлено суб'єкта персональних даних - стосується юридичних осіб) зі ст. 8 вказаного закону щодо своїх прав як суб'єкта персональних даних та підтверджує, що повідомлений про включення інформації про нього до бази персональних даних Страховика, а також про склад та зміст зібраних персональних даних, мету збору персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

Ознайомлений з ч.4 п. 1 ст. 19 Закону, що якщо скористалася правом на пряме врегулювання страхового випадку і звернулася із заявою про страхову виплату до страховика потерпілої особи, втрачаю право на звернення до страховика відповідальної особи за отриманням страхової виплати. Якщо скористався правом на пряме врегулювання страхового випадку і звернулася із заявою про страхову виплату до страховика відповідальної особи, втрачаю право на звернення до страховика потерпілої особи за отриманням страхової виплати.

Листування по справі прошу надсилати:

- на e-mail (розбірливо): _____
- на поштову адресу: _____

Перелік документів, що додаються	1.		7.
	2.		8.
	3.		9.
	4.		10.
	5.		11.
	6.		12.

ПОТЕРПІЛА ОСОБА (особа, яка має право на виплату): (власник або уповноважений представник)	/_____/_____/_____ Дата	П.І.Б.	Підпис та М.П.
Документ, що підтверджує повноваження:	Назва документу	№: Номер документу	/_____/_____/_____ Дата документу
Заява прийнята: (співробітник Страховика або представник)	/_____/_____/_____ Дата	П.І.Б.	підпис
та зареєстрована:	вх. № Номер документу	від дата документу	Підрозділ (місто)