EUROINS UKRAINE
MEMBER OF EUROHOLD

**Голові Правління**
**ПрАТ «СК «Євроінс Україна»**
**Ніколову Янко Георгіеву**

# ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

**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.Б.: ____

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

**Потерпіла особа (Власник)**

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

адреса: ____

контактна особа: ____ тел: +38(____)_____

ІПН / код ЄДРПОУ: ____ e-mail: ____

**Вимога**

На підставі вимог Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» від 01.07.2004 року №1961 (надалі – Закон України «Про ОСЦПВВНТЗ»), зі змінами та доповненнями, прошу Вас оцінити та відшкодувати шкоду (збитки), завдану внаслідок ДТП, а саме за:

1. ____ (ТАК/НІ) **Транспортний засіб (ТЗ):**

Марка/модель: ____ реєстрац. номер: ____

2. ____ (ТАК/НІ) **Інше майно :**

а) ____
б) ____
в) ____
г) ____

(зазначити, яке саме майно, його ідентифікаційні ознаки)

3. ____ (ТАК/НІ) **Життя та здоров'я:**

а) ____
б) ____
в) ____
г) ____

(зазначити вид шкоди, суть вимоги)

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/ ОЦВ 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 / ІПН отримувача: ____

(для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків),

номер карткового рахунку: ____ - ____ - ____ - ____

(номер карткового рахунку)

☐ **реквізити будуть надані окремою заявою протягом 14 днів ***

☐ **на рахунок СТО:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(зазначити номер рахунку)

МФО ☐☐☐☐☐☐ , ЄДРПОУ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ дод. інформ: ☐

(код МФО не більше та не менше 6 знаків) (код ЄДРПОУ не більше та не менше 8 знаків)

☐ **готівкою через відділення «Райффайзен Банк Аваль» по системі «Аваль Експрес» ****

* *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 «Аваль-Експрес», для подальшої видачі готівки у відділеннях «Райффайзен Банк Аваль».*

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

*Зобов'язуюсь негайно письмово повідомити ПрАТ «СК «Євроінс Україна» у разі отримання (або подання відповідних документів для отримання) часткового або повного відшкодування заподіяної мені шкоди від інших фізичних та/або юридичних осіб.*

*Я, що підписався нижче, заявляю про те, що подана в даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моїм представником) є повною і правдивою. Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації ПрАТ «СК «Євроінс Україна» має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.*

*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.*

*З положенням пункту 33.3. статті 33 Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів» ознайомлений(-на) і зобов'язуюсь надати ПрАТ «СК «Євроінс Україна» можливість оглянути (надати на огляд) пошкоджений ТЗ (інше пошкоджене майно) та надати всі необхідні документи, що стосуються даної ДТП.*

*Я проінформований та усвідомлюю, що відповідно до п.4-6 Додатку (Типові схем ДТП) до Інструкції щодо заповнення повідомлення про дорожньо-транспортну пригоду, затвердженої Протоколом Президії МТСБУ від 11.08.2011 р. №274/2011 та погодженої МВС України 31.08.2011 р. за подією факт настання якої підтверджено Європротоколом страховик має можливість прийняти рішення про розподіл відповідальності між учасникам ДТП виключно за умови огляду ним ТЗ всіх учасників ДТП.*

*У випадку, якщо згідно рішення суду водія забезпеченого ТЗ буде визнано не винним в даній ДТП та в нанесенні пошкоджень моєму автомобілю, зобов'язуюсь отриману суму страхового відшкодування в повному обсязі повернути до ПрАТ «СК «Євроінс Україна» протягом 10 днів з моменту отримання відповідної вимоги.*

*Я, що підписався нижче, надаю право від мого імені, будь-якому лікарю, лікарні, клініці, надавачу медичних послуг, страховій компанії, будь-якому іншому підприємству, установі, організації, закладу або будь-якій іншій особі, яка має який-небудь запис або інформацію про мене, надати Страховику повну інформацію, включаючи копії записів про будь-які звернення щодо виплати страхового відшкодування, хвороби, нещасні випадки, лікування, обстеження, дослідження або госпіталізацію, здійснення захоронення. Фотокопія цього Повідомлення є належним підтвердженням надання мною вищезазначених повноважень ПрАТ «СК «Євроінс Україна». Я уповноважую ПрАТ «СК «Євроінс Україна» направляти запити від мого імені задля отримання інформації, та відомостей необхідних для врегулювання страхової справи, зокрема, але не виключно: отримання виписки із історії хвороби, листків непрацездатності, довідок про доходи, тощо; інформації від митних органів України про факт та обставини ввезення на митну територію України транспортного засобу, який зареєстрований в інших країнах. У разі якщо вимога стосується отримання відшкодування витрат на встановлення пам'ятника загиблому потерпілому зобов'язуюсь сприяти ПрАТ «СК «Євроінс Україна» в проведенні огляду місця захоронення.*

*Я усвідомлюю, що відповідно до п.3. Положення про форму та зміст розрахункових документів, затвердженого Наказом Міністерства фінансів України від 21.01.2016 року № 13, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11.02.2016 р. за №220/28350, у разі відсутності в наданих документах хоча б одного з обов'язкових реквізитів, а також недотримання сфери його призначення, такий документ не приймається як розрахунковий.*

*У відповідності до п. 36.2 ЗУ «Про ОСЦПВ», я згоден, що сума страхового відшкодування буде письмово узгоджена із заявником шляхом направлення простого листа на адресу, що зазначена в даній заяві. Підписуючи дану заяву підтверджую, що за відсутності обґрунтованих заперечень з визначення розміру страхового відшкодування, направлених мною письмово на адресу: 03150, м. Київ, вул. Васильківська, 102, протягом 10 календарних днів з дати направлення листа Страховиком, вважається, що розмір страхового відшкодування узгоджений зі мною.*

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **ПОТЕРПІЛА ОСОБА:** (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) |