

Заяву одержано «___» _____ 20__ р. Зареєстровано в журналі реєстрації за № _____	Заявник (Потерпіла особа, уповноважений представник): <hr/> (П.І.Б.) <hr/> місце проживання (місцезнаходження): _____ <hr/> тел. _____ e-mail _____ ідентифікаційний номер (код ЄДРПОУ) _____ паспорт серії _____ номер _____, виданий _____ р.
---	---

**ЗАЯВА
на виплату страхового відшкодування**

У зв'язку з настанням страхового випадку: дорожньо-транспортної пригоди за участю таких ТЗ: _____

який стався «___» _____ 20__ р.

згідно Полісу ОСЦПВВНТЗ № _____ від _____ 20__ р.

внаслідок якого було завдано шкоди моєму здоров'ю, а саме:

діагноз: _____

у зв'язку з чим мені завдана шкода, пов'язана з: *(необхідне позначити «+»)*:

витратами на лікування (грн.): _____

тимчасовою втратою працездатності: з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.

стійкою втратою працездатності: інвалідність з _____ 20__ р. _____

прошу виплатити страхове відшкодування у відповідності до умов страхування, у безготівковому порядку, за наступними реквізитами:

одержувач: _____

IBAN _____

У _____

код ЄДРПОУ _____

картковий (особистий рахунок) № _____

Цим заявляю, що я не є застрахованим відповідно п. 6 ст. 7 Закону України «Про страхування» в інших страхових компаніях; по даному факту страхової події Потерпілою особою не було отримано будь-якої компенсації від винної сторони або інших осіб. Я проінформований(-а) про те, що за надання свідомо неправдивих відомостей, Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування або зменшити розмір страхового відшкодування.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду, на обробку вищезазначених моїх персональних даних, а також персональних даних з первинних джерел (у т.ч. паспортні дані, ідентифікаційні дані, відомості з виданих на моє ім'я документів, відомостей, які надаю про себе) з метою здійснення прав та виконання обов'язків за Полісом № _____ від "_____" _____ 20__ р. (далі – Поліс), забезпечення реалізації податкових відносин, та відносин у сфері страхування, бухгалтерського обліку та аудиту, відносин у сфері статистики та фінансового моніторингу на строк, що є необхідним та достатнім для виконання прав та обов'язків за Договором страхування / Полісом.

Повідомлення про включення даних про мене до бази персональних даних «Автоцивілка» отримав, із правами, які я маю відповідно до ст. 8 Закону України «Про захист персональних даних», ознайомлений.

Підписанням цієї заяви надаю згоду на розголошення медичними закладами Страховику конфіденційної інформації (в т.ч. яка становить лікарську таємницю), яка стосується стану мого (або моєї неповнолітньої дитини _____) здоров'я, методів та термінів лікування, а також інших обставин та наслідків страхового випадку, передбаченого Договором страхування.

До заяви додається: _____

Дата _____

Заявник: _____
М.П. _____ (підпис) _____ (П.І.Б.)