

Реєстраційний №: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Підрозділ: \_\_\_\_\_

ПІБ: \_\_\_\_\_ підпис: \_\_\_\_\_



Додаток 1 до наказу Голови Правління  
від « 05 » квітня 2018 р. №174

## ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

за договором добровільного страхування наземного транспорту (КАСКО)

<b>Страховальник</b>	П.І.Б. (найменування для організації):	_____		
	адреса:	_____		
	контактна особа:	_____	тел:	+38(____) _____
	ІПН / код ЄДРПОУ:	____	e-mail:	_____

<b>Договір страхування</b>	серія:	____	№	_____	, програма:	_____		
	строк дії з:	____	_____	_____	по	____	_____	_____
		<small>Дата</small>	<small>Місяць</small>	<small>Рік</small>		<small>Дата</small>	<small>Місяць</small>	<small>Рік</small>

<b>Застрахований ТЗ</b>	марка/модель:	_____	реєстрац. номер:	_____	
	рік випуск:	_____	, пробіг:	_____	, ТЗ знаходиться:

<b>Водій ТЗ</b>	П.І.Б. :	_____	тел:	+38(____) _____	
	посвідчення водія №:	_____	дата видачі:	____/____/____р.	стаж (років):

<b>Опис події</b>	Вид події (ризик):	_____								
	Дата події:	____	_____	_____	, в період часу	____	_____	по	____	_____
		<small>Дата</small>	<small>Місяць</small>	<small>Рік</small>		<small>години</small>	<small>хвилини</small>		<small>години</small>	<small>хвилини</small>
	Місце події:	_____								
	Чи було повідомлено компетентні органи?:	____	назва:	_____						
	Чи було сповіщено цілодобову службу НАСК «ОРАНТА»?:	____	коли:	_____						
	На місце події виїжджав представник НАСК «ОРАНТА»?:	____	П.І.Б.:	_____						
	Чи проводились попередні розрахунки між учасниками події?:	____	сума:	_____						
	Чи зверталися Ви до інших страхових компаній?:	____	назва:	_____						
			<small>ТАК/НІ</small>							
Особи, що перебували в ТЗ:	_____	П.І.Б.	_____	тел.:	+38(____) _____					
	_____		_____		+38(____) _____					

Опишіть, будь-ласка, обставини настання події, зокрема: причину події, ситуацію на дорозі, поведінку учасників руху, механізм події тощо:
_____
_____
_____

Особа винна в настанні події:
_____

Опишіть пошкодження ТЗ:
_____
_____

Опишіть перелік пошкоджень за попередніми подіями:
_____
_____

Чи подавали Ви Заяву про страхове відшкодування до іншої СК?	_____
Чи було отримано відшкодування в іншій СК або від винуватця?	_____
	<small>ТАК/НІ</small>

Зазначити назву іншої СК або ПІБ особи

<b>Схема ДТП</b>	<b>Умовні позначення:</b>
	- застрахований ТЗ;
	- учасник №1: _____;
	- учасник №2: _____;
	- учасник №3: _____;
	- напрямок руху ТЗ
	- місце зіткнення / наїзду - зазначити дорожні знаки, що діють на місці ДТП
<i>Намалювати: перехрестя, дорогу, місцезнаходження ТЗ, перешкод, інших предметів та об'єктів, що мають відношення до і події.</i>	

<b>Дані про інших учасників ДТП</b>	<b>Учасник №1 (U1):</b> П.І.Б.: _____, тел: +38(_____) _____
	<b>Транспортний засіб:</b> марка/модель: _____, реєстраційний номер: _____
	<b>Договір страхування цивільної відповідальності:</b> серія: _____ №: _____
	від _____, страхова компанія _____
	<b>Учасник №2 (U2):</b> П.І.Б.: _____, тел: +38(_____) _____
	<b>Транспортний засіб:</b> марка/модель: _____, реєстраційний номер: _____
<b>Договір страхування цивільної відповідальності:</b> серія: _____ №: _____	
від _____, страхова компанія _____	

<b>Перелік документів, що додаються</b>	1. _____	4. _____
	2. _____	5. _____
	3. _____	6. _____

**Прощу суму страхового відшкодування, визначену Вами відповідно до умов страхування виплатити:**

**на рахунок:** №: \_\_\_\_\_ вид рахунку: \_\_\_\_\_  
(зазначити номер рахунку, якщо виплата на картковий рахунок то зазначити транзитний рахунок) (особистий, розрахунков., картковий, тощо)

в банку: \_\_\_\_\_ МФО: \_\_\_\_\_, ЄДРПОУ банку: \_\_\_\_\_  
(найменування банку) (код МФО БАНКУ не більше та не менше 6 знаків) (код ЄДРПОУ банку не більше та не менше 8 знаків)

ЄДРПОУ / ІПН отримувача: \_\_\_\_\_  
(для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків)

номер карткового рахунку: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(номер карткового рахунку)

**на СТО:** \_\_\_\_\_ рахунок №: \_\_\_\_\_  
(найменування 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:**  - ПАТ "Банк Кредит Дніпро"  
 - Інший банк: \_\_\_\_\_

**Страхувальник (уповноважений представник):** \_\_\_\_\_ (п.і.б.) \_\_\_\_\_ (Підпис)

**УВАГА** З метою прискорення процедури врегулювання прошу, у разі необхідності, запросити на огляд інших учасників пригоди (зазначених в Розділі «Дані про інших учасників ДТП» цієї Заяви), а саме водіїв ТЗ, що брали участь у ДТП; інших осіб, відповідальних за нанесення пошкоджень застрахованому ТЗ. Я попереджений про те, що у разі надання недостовірної інформації про учасників ДТП, ПАТ "НАСК "ОРАНТА" має право після встановлення таких учасників пригоди призначити повторний огляд.

При цьому я зобов'язуюся на вимогу ПАТ "НАСК "ОРАНТА" надати на повторний огляд ТЗ у стані, якого він набув після пригоди. Я попереджений, що при невиконанні мною цього зобов'язання, ПАТ "НАСК "ОРАНТА" має право відмовити у страховій виплаті або зменшити її розмір.

Зобов'язуюсь забезпечити страховику можливість оглянути пошкоджений ТЗ та надати всі необхідні документи, що стосуються даної пригоди.

Зобов'язуюсь негайно письмово повідомити ПАТ "НАСК "ОРАНТА" 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 заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або представником) є повною і правдивою. Я попереджений, що у разі надання неповної, недостовірної інформації ПАТ "НАСК "ОРАНТА" має право відмовити у виплаті страхового відшкодування.

В разі виплати страхового відшкодування готівкою через банк партнер прошу Вас направити мені СМС повідомлення з інформацією про проведену виплату.

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 персональн. даних, мету збору персональних даних та осіб, яким передаються його персональні дані.

Прощу запити, повідомлення, будь-яку іншу інформацію направляти мені електронними листами на електронну адресу, зазначену в цьому повідомленні та смс (viber, тощо) повідомленнями за номер телефону, визначеному зазначену в цьому повідомленні.

Я, що підписався нижче, надаю право 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 або виплати страхового відшкодування, хвороби, нещасні випадки, лікування, обстеження, дослідження або госпіталізацію, здійснення захоронення від мого імені. Фотокопія цього Повідомлення є належним підтвердженням надання мною вищезазначених повноважень ПАТ «НАСК «ОРАНТА».

**СТРАХУВАЛЬНИК:** \_\_\_\_\_ (п.і.б.) \_\_\_\_\_ (Підпис та М.П.)  
(або уповноважений представник) Дата

Документ, що підтверджує повноваження: \_\_\_\_\_ №: \_\_\_\_\_  
Назва документа Номер документа Дата документа