

Реєстраційний №: _____

« _____ » _____ 20__ р.

Підрозділ: _____

ПІБ: _____ підпис: _____



Додаток 4 до наказу Голови Правління
від « 05 » грудня 2019 р. № 567

ЗАЯВА ПРО СТРАХОВЕ ВІДШКОДУВАННЯ

за договором добровільного страхування майна (тварин)

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

Договір страхування	серія:	____	№	_____	, програма:	_____
	строк дії з:	____	по	____		
		<small>серія</small>		<small>номер договору (полісу)</small>		
		<small>Дата</small>	<small>Місяць</small>	<small>Рік</small>	<small>Дата</small>	<small>Місяць</small> <small>Рік</small>

Предмет страхування	
<input type="checkbox"/> майно	<input type="checkbox"/> тварина
що належить: ідентифікаційні ознаки, опис: _____ _____	що належить: масть: _____, вік: _____ років ідентифікаційні ознаки, опис: _____ _____

Опис події	
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: _____	
За застрахованим майном:	За застрахованою твариною:
<input type="checkbox"/> ВОГОНЬ <input type="checkbox"/> СТИХІЙНІ ЯВИЩА	<input type="checkbox"/> ЗАГИБЕЛЬ
Ризик: <input type="checkbox"/> ПДТО <input type="checkbox"/> ВПЛИВ РІДИНИ	Ризик: <input type="checkbox"/> ВИКРАДЕННЯ
<input type="checkbox"/> НАЇЗД ТЗ <input type="checkbox"/> ВИКРАДЕННЯ	<input type="checkbox"/> ВИМУШЕНИЙ ЗАБІЙ
Детальний перелік пошкодженого майна: _____ _____ _____	Наявність в господарстві страховальника тварин такого (одного) виду: _____ _____
На цей час пошкоджене майно перебуває за адресою: _____ _____	Інша важлива інформація: _____ _____
Чи було застраховане майно під охороною? Зазначити засоби охорони: _____	
Короткий опис події, її причин та наслідків: _____ _____	
Орієнтовний розмір збитків: _____	
Дані про інших учасників події та завдані їм збитки: _____ _____	
Повідомлення сервісної служби страховика: _____ дата: _____ час: _____	
<small>так/ні</small> <small>Дата</small> <small>Місяць</small> <small>Рік</small> <small>години</small> <small>хвилини</small>	
Особа, яка на вашу думку винна у заподіянні шкоди: _____	

Заходи, вжиті для зменшення розміру збитків
або заподіяння їх виникненню:

Чи застраховані будь-які, пов'язані із подією
майнові інтереси страхувальника, в т.ч.
відповідальність винної особи:

Дані про інших
учасників події:

Було повідомлено
компетентні органи:

(так/ні), назва:
адреса:

Додатково вважаю за
необхідне повідомити
наступну інформацію:

Перелік документів, що додаються	1.	4.
	2.	5.
	3.	6.

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

на рахунок: вид рахунку:
(особистий, розрахунков., картковий, тощо)

№ U A
(вказати номер рахунку, якщо виплата на картковий рахунок то зазначити транзитний рахунок)

в банку: ЄДРПОУ / ІПН отримувача:
(найменування банку) (для Юр. особи ЄДРПОУ – 8 знаків) (Фіз. особа ІПН – 10 знаків)

готівкою: - ПАТ "Банк Кредит Дніпро"
 - Інший банк:

Прошу розглянути цю заяву, згідно з чинним законодавством, визначити розмір страхового відшкодування та виплатити його відповідно до Договору страхування.

Зобов'язуюсь забезпечити страховику можливість огляду місця події, пошкоджених предметів та всі необхідні документи, що стосуються цієї події.

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 даній заяві інформація (незалежно від того, заповнено заяву мною особисто або моїм представником) є повною і правдивою та відповідає дійсності.

Я попереджений про те, що у разі надання неповної, недостовірної інформації ПАТ "НАСК "ОРАНТА" 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 підтверджую, 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.

Прошу 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».

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 наданому документів хоча б одного з обов'язкових реквізитів, а також недотримання сфери його призначення, такий документ не приймається як розрахунковий.

Я уповноважую ПАТ «НАСК «ОРАНТА» 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.

Я усвідомлюю, що у разі ненадання відомостей про реквізити для перерахування страхового відшкодування ПАТ «НАСК «ОРАНТА» здійснить перерахування страхового відшкодування для виплати готівкою на один з системних банків (ПАТ «Ощадбанк», ПАТ «Банк Кредит Дніпро», ПАТ «Укрсоцбанк», ПАТ «КБ «Правекс-банк».

Страховальник (Вигодонабувач, Заявник):

(або уповноважений представник)

Дата

П.І.Б.

Підпис та М.П.