

**ЗАЯВА**  
**на виплату страхового відшкодування за обов'язковим страхуванням**  
**цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів**

Просимо виплатити страхове відшкодування за збитками, завданими внаслідок ДТП за участю Страхувальника, що сталося "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

ПІБ заявника – фізичної особи; Найменування заявника – юр. особи; Адреса особи, що подає заяву, контактний телефон:	
Страхувальник (особа, застрахована СК "АСКО-Медсервіс"):	
Договір страхування (номер поліса):	

Реквізити для виплати страхового відшкодування:	
Отримувач	
Розрахунковий рахунок	
Банк	
МФО	
Код	
Призначення платежу	

Дата настання ДТП:	
Місце настання ДТП:	

Обставини настання ДТП:
_____
_____
_____

Зміст майнової вимоги (ОПИС ЗАВДАНИХ ЗБИТКІВ):
_____
_____
_____

<b>Розмір завданої шкоди:</b>	
-------------------------------	--

До заяви додаються (потрібне заповнити):	
1) Довідка ДАІ про настання ДТП від "___" _____ 20__р.	2) Акт автотоварознавчої експертизи від "___" _____ 20__р. № _____
3) Дефектна відомість від "___" _____ 20__р.	4) Документ про оплату послуг експерта від "___" _____ 20__р.
5) Інші документи (короткий опис):	
_____	
_____	

**Дані про третіх осіб, що потерпіли внаслідок ДТП:**

1. Потерпіла особа (ПІБ):	
1А. Потерпіла особа перебуває на лікуванні в медичному закладі:	
_____	
_____	
(повна назва, індекс, повна адреса, телефон медичного закладу)	
1Б. До заяви додаються (потрібне заповнити):	
а) Документ медичного закладу від "___" _____ 20__ р.	
б) Інші документи (короткий опис): _____	
_____	

2. Потерпіла особа (ПІБ):	
2А. Потерпіла особа перебуває на лікуванні в медичному закладі:	
_____	
_____	
(повна назва, індекс, повна адреса, телефон медичного закладу)	
2Б. До заяви додаються (потрібне заповнити):	
а) Документ медичного закладу від "___" _____ 20__ р.	
б) Інші документи (короткий опис): _____	
_____	
_____	

3. Потерпіла особа (ПІБ):	
3А. Потерпіла особа перебуває на лікуванні в медичному закладі:	
_____	
_____	
(повна назва, індекс, повна адреса, телефон медичного закладу)	
3Б. До заяви додаються (потрібне заповнити):	
а) Документ медичного закладу від "___" _____ 20__ р.	
б) Інші документи (короткий опис): _____	
_____	
_____	

Своїм підписом я надаю згоду на обробку моїх персональних даних Страховою компанією «АСКО-Медсервіс» з метою провадження страхової, перестрахової та фінансово-господарської діяльності, пов'язаної з формуванням, розміщенням страхових резервів, їх управлінням, ведення бухгалтерського обліку та формування поточної (регламентної) звітності, адміністративно-правових, податкових відносин, для формування, ведення, постійного оновлення бази (баз) персональних даних, а також засвідчую, що отримав (ла) повідомлення про включення інформації про мене до бази (баз) персональних даних з вищевказаною метою. Я підтверджую, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних відповідно до Закону України „Про захист персональних даних” № 2297-VI від 01.06.2010 року та переліком третіх осіб, яким можуть бути у встановленому законом порядку передані мої персональні дані.

Дата складання заяви: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Особа, що подає заяву: \_\_\_\_\_  
(ПІБ, підпис)