

Заява на виплату / доплату страхового відшкодування

КАСКО <input type="checkbox"/>	ОСЦПВВНТЗ <input type="checkbox"/>	ДЦВ <input type="checkbox"/>	ПВЗ* <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Дата події « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.	№ справи <input type="text"/>
---	-------------------------------

Підпис представника Страховика, що прийняв цей документ: П.І.Б./підпис <input style="width: 90%;" type="text"/>	Дата: « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.
--	--

Відомості про страхувальника/вигодонабувача/ власника пошкодженого майна	
П.І.Б./повна назва організації <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Дата народження (дата реєстрації) « <input type="text"/> » <input type="text"/> р., РНОКПП / ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/>	
телефон +38 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ,	E-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Паспорт/ID Серія <input type="text"/> № <input type="text"/> , виданий <input style="width: 100%;" type="text"/>	
дата видачі « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.	
Місце фактичного проживання <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Місце реєстрації/місцезнаходження <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Дата та номер запису в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців про проведення державної реєстрації: <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Керівник <input style="width: 40%;" type="text"/> , П.І.Б. <input style="width: 50%;" type="text"/>	
Паспорт/ID Серія <input type="text"/> № <input type="text"/> , виданий <input style="width: 100%;" type="text"/>	
РНОКПП <input style="width: 100px;" type="text"/>	
діє на підставі <input style="width: 100px;" type="text"/> від « <input type="text"/> » <input type="text"/> року	
Кінцеві бенефіціарні власники юридичної особи:	
ПІБ <input style="width: 30%;" type="text"/>	Дата народження « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.н. Країна проживання <input style="width: 60%;" type="text"/>
ПІБ <input style="width: 30%;" type="text"/>	Дата народження « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.н. Країна проживання <input style="width: 60%;" type="text"/>
ПІБ <input style="width: 30%;" type="text"/>	Дата народження « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.н. Країна проживання <input style="width: 60%;" type="text"/>
ПІБ <input style="width: 30%;" type="text"/>	Дата народження « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.н. Країна проживання <input style="width: 60%;" type="text"/>

Форма виплати відшкодування	
Прощу виплатити страхове відшкодування за наступними реквізитами:	
<input type="checkbox"/> На рахунок ремонтної організації	
Назва <input style="width: 80%;" type="text"/> , Код ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/>	
рахунок IBAN UA <input style="width: 100px;" type="text"/> в <input style="width: 100px;" type="text"/>	
м. <input style="width: 100px;" type="text"/> , МФО <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> На особистий рахунок	
IBAN UA <input style="width: 100px;" type="text"/> в <input style="width: 100px;" type="text"/>	
м. <input style="width: 100px;" type="text"/> , МФО <input style="width: 100px;" type="text"/> Код ЄДРПОУ <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Одержувач <input style="width: 90%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> За системою «Аваль-Експрес» паспорт/ID серія <input style="width: 100px;" type="text"/> № <input style="width: 100px;" type="text"/>	
РНОКПП <input style="width: 100px;" type="text"/>	
З метою виконання Страховою компанією «ББС ІНШУРАНС» вимог п. 35.2 ст. 35 Закону України «Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів», прошу направити мені письмове повідомлення про прийняте рішення на: <input type="checkbox"/> VIBER (номер мобільного телефону): +38 (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="checkbox"/> E-mail: <input style="width: 100px;" type="text"/>	

ЗГОДА - ПОВІДОМЛЕННЯ	
Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, надаю безвідкличну згоду щодо обробки своїх персональних даних Страховою компанією «ББС ІНШУРАНС» з метою обслуговування клієнтів з якими укладено договори страхування, а також будь-якими третіми особами, за якими Страхова компанія «ББС ІНШУРАНС» несе відповідні зобов'язання як страховик, згідно статті 92 Закону України «Про страхування» та статті 988 Цивільного кодексу України, а також дотриманням Страховою компанією «ББС ІНШУРАНС» таємниці страхування у відповідності до статті 113 Закону України «Про страхування».	
Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно з чинним законодавством України. Я посвідчую, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, а також повідомлений про те, що з моменту отримання Страховиком цієї Заяви персональні дані, зазначені у ній включені до бази персональних даних Страховика».	
Уповноважую Страховика на замовлення проведення оцінки майна з метою визначення розміру матеріального збитку/ розміру прямого збитку, завданого транспортному засобу (іншому майну) / з метою визначення ринкової (дійсної) вартості транспортного засобу. У випадку конструктивної загибелі, коли сума відновлювального ремонту т/з перевищує суму ринкової вартості т/з на момент настання випадку, не заперечую проти визначення ринкової вартості т/з у пошкодженому стані за допомогою інтернет-аукціону в тому числі «Автоонлайн Україна».	
Підтверджую, що на момент підписання даної заяви, за цією подією я/мої представники не отримували (-ла)/(-ли) відшкодування від іншої страхової компанії, а також не подавав (-ла)/(-ли) заяв на відшкодування шкоди в іншу страхову компанію, а також, не отримували кошти від інших осіб по вказаній події. Я проінформований (-а), що надавши неправдиві відомості про подію, могу бути позбавлений права на отримання страхового відшкодування.	
*Процедура прямого врегулювання збитків відповідно до Положення, затвердженого протоколом Президії МТСБУ №617/2024 від 27.12.2024 р.	
**У разі необхідності АТ «СК «ББС ІНШУРАНС» може запросити надання додаткової інформації з приводу ДТП на окремому аркуші або на іншому бланку.	
Дата подання заяви: « <input type="text"/> » <input type="text"/> р.	
Назва (для юридичних осіб) <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Посада <input style="width: 40%;" type="text"/> на підставі <input style="width: 50%;" type="text"/>	
П.І.Б./підпис <input style="width: 90%;" type="text"/>	
М.П.	