

Реєстраційний № _____
"____" _____ 201__ р.

Голові Правління АТ СК "Бусін"
Непочатовій Л.М.

ЗАЯВА про виплату страхового відшкодування

1. Страхувальник або його представник _____
(П.І.Б., його адреса, № телефону)

2. Другий учасник ДТП або його представник _____
(П.І.Б., його адреса, № телефону)

3. Транспортний засіб: тип _____
марка _____
номерний знак _____

4. Водій _____
(П.І.Б., адреса, телефон)

Договір страхування № _____ /КАВТ, від "____" _____ 20__ р.
строк дії з "____" _____ 20__ р. до "____" _____ 20__ р.

5. Власник транспортного засобу _____
(назва організації, П.І.Б., адреса)

6. Дата, місце та обставини страхового випадку _____

7. Орган внутрішніх справ, де зареєстровано страховий випадок і який веде його розслідування _____

8. Медичний заклад, куди звертався потерпілий _____

Додатки: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

9. Реквізити банку для виплати страхового відшкодування _____

*Прошу сплатити страхове відшкодування згідно чинного законодавства.
Я поінформований (-а), що надавши невірні відомості в заяві, можу бути позбавлений (-а)
права на отримання страхового відшкодування.*

Страхувальник або його представник _____
(підпис) _____ (П.І.Б.)

Заяву прийняв _____
(підпис)