

 <p>СТРАХОВА ГРУПА ТАС</p> <p>Реєстраційний № _____ «___» _____ 20__ року</p>	<p><b>Голові правління АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ)</b></p> <p>від _____ (П.І.Б заявника/назва для юридичної особи)</p> <p>адреса: _____</p> <p>тел./ Viber _____</p> <p>контактна особа _____</p> <p>E-mail _____</p>
--	---

**ЗАЯВА****про страхову виплату**

Прошу належну до виплати суму за страховим випадком, що стався «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року з автомобілем марки \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року випуску, державний номерний знак \_\_\_\_\_, застрахованого за Договором страхування № \_\_\_\_\_ ВІД \_\_\_\_\_ сплатити наступним чином (необхідне відмітити знаком )\*:

- через систему «Масові виплати» (ПриватБанк);
- через систему «Швидка Копійка» (Ощадбанк);
- перерахувати на мій особистий банківський рахунок (платіжну картку);
- перерахувати на станцію технічного обслуговування (СТО).

Заповнюється у разі обрання виплати на банківський рахунок або СТО:

№ рахунку \_\_\_\_\_

код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

отримувач страхової виплати (ПІБ / найменування юридичної особи / назва СТО): \_\_\_\_\_

призначення платежу \_\_\_\_\_

Прошу направити письмове повідомлення про прийняте рішення в електронній формі на вказаний мною **E-mail**  або у додатку **Viber**  за номером телефону \_\_\_\_\_

Попереджений(-на), що в разі надання недостовірної інформації або отримання страхової виплати за наслідком цієї події за іншим договором страхування мені може бути відмовлено у відшкодуванні шкоди та притягнуто до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» шляхом підписання цієї заяви надаю згоду АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) на обробку персональних даних з метою, в порядку та в обсязі, встановленому чинним законодавством України та Положенням про захист персональних даних (розміщено на офіційному сайті компанії [www.sgtas.ua](http://www.sgtas.ua)).

Усвідомлюю та надаю дозвіл Страховику на розкриття в повному обсязі інформації, що становить таємницю страхування, включаючи інформацію з обмеженим доступом, з дотриманням вимог законодавства, яке регулює питання таємниці страхування.

Посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних ЗАЯВНИКИ, володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, свої права, мету збору персональних даних, осіб, яким передаються персональні дані та порядок доступу до персональних даних суб'єкта персональних даних, розпорядників та третіх осіб, яким передаються персональні дані.

Погоджуюсь з тим, що надіслане в електронній формі повідомлення про прийняте рішення є офіційним рішенням Страховика. Обізнаний, що у разі необхідності, за моїм письмовим зверненням, Страховик буде зобов'язаний виготовити паперову форму рішення і направити на вказану мною адресу або видати вручно, протягом 5 робочих днів.

\* Пам'ятайте, що при виборі першого, другого або третього варіанту, страхова виплата буде здійснюватись двома частинами у відповідності до умов Договору страхування. Другу частину страхового відшкодування Ви зможете отримати після надання до підрозділу врегулювання АТ «СГ «ТАС» (приватне) документів, що підтверджують оплату вартості відновлювального ремонту застрахованого автомобіля: копію платіжного доручення або товарний і фіскальний чеки (при наявності РРО) або прибутковий касовий ордер, оформлені належним чином та Акт виконаних робіт. Строки виплати страхового відшкодування регулюються договором/полісом страхування, за яким застрахований Ваш автомобіль.

Надаю згоду на отримання мною електронних повідомлень від ПРИВАТНОГО АКЦІОНЕРНОГО ТОВАРИСТВА «СТРАХОВА ГРУПА «ТАС» будь-яким способом з метою інформування мене про стан врегулювання справи, а також про страхові послуги АТ «СГ «ТАС» (ПРИВАТНЕ) та/або продукти (товари, послуги) юридичних осіб, що входять до Банківської Групи «ТАС».

Керуючись ст. 11 ЗУ «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність», доручаю Страховику провести оцінку пошкодженого майна з метою визначення розміру страхового відшкодування.

Проінформований про покладені на суб'єкта первинного фінансового моніторингу зобов'язання щодо обробки персональних даних для цілей запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, одержаних злочинним шляхом або фінансування тероризму.

**Страховальник (представник)** \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

(підпис)

**Страховик засвідчує підпис фізичної особи клієнта - власника інформації, що становить таємницю страхування.**

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (ПІБ)

\_\_\_\_\_ (посада)