ДОСТРОКОВЕ ПРИПИНЕННЯ

Вх. №_____
від ____ _____20____р.

Т.в.о. Голови Правління ПрАТ „СК „ПРОВІДНА"
Вагановій О.О.

_____
(страхувальник: ПІБ – для фіз. особи, найменування – для юридичної особи)

Адреса:_____

Контактний телефон: (___) _____,

та email, _____@_____

ЗАЯВА
про дострокове припинення дії електронного договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників транспортних засобів

Прошу достроково припинити дію електронного договору обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів №_____, строком дії з ____ _____ 20___ р. до ____ _____20___ р. (далі ЕП ОСЦПВ) у зв'язку з *(необхідне позначити ☑)*:

☐ виходом забезпеченого транспортного засобу з мого володіння проти моєї волі (викраденням);

☐ знищенням забезпеченого транспортного засобу;

☐ з інших підстав (зазначте) _____;

Суму невикористаного страхового платежу прошу *(необхідне позначити ☑)*:

☐зарахувати у погашення платежу за новим (іншим) договором страхування _____;
При цьому дата припинення дії полісу встановлюється починаючи з дати, наступною за дату подання цієї заяви.

☐ перерахувати на моє ім'я через систему „ПриватМані"

Дані заявника, необхідні для здійснення переказу коштів через систему „ПриватМані"

Паспорт серії _____ номер _____ _____;

Ідентифікаційний код №_____

☐ перерахувати на поточний рахунок за реквізитами: _____

_____
(зазначити номер рахунку, найменування та МФО банку)

До заяви додаю такі документи:

☐ копію паспорта, ☐ копію свідоцтва про реєстрацію ТЗ, ☐ копію ідентифікаційного коду/ реєстраційного номеру облікової картки фізичної особи платника податків;

☐ інші _____.

__ _____20__ р. _____
підпис МП

Нижню частину заяви заповнює представник Страховика

Наявність виплат за ЕП ОСЦПВ : ☐ **так,** ☐ **ні.**

Наявність заявлених страхових випадків за ЕП ОСЦПВ -: ☐ **так,** ☐ **ні.**

Страховий платіж за ЕП ОСЦПВ - сплачений повністю (100 %): ☐ **так,** ☐ **ні.**

Дата припинення дії ЕП ОСЦПВ - № _____ :«___» _____ 20__р.

Сума невикористаного страхового платежу _____ грн..(розрахунок _____).

Перевірку наявності (відсутності) здійснених страхових виплат та розрахунок суми невикористаного страхового платежу виконав (виконала) _____(ПІБ).

_____ ____ _____20__ р.

М.П.