

# Голові Правління

***АТ «Страхова Компанія «ІНГО» Гордієнку І. М.***

*Вих. №*

*від « » 20 р.*

ЗАЯВА

на виплату страхового відшкодування

# Просимо (шу) Вас сплатити страхове відшкодування по полісу

 ***, по страховому випадку, який стався***

**(номер поліса)**

#  з автомобілем ,

**(дата) (модель, марка, реєстраційний номер)**

# що належить ,

**(назва установи, ПІБ)**

***в сумі***

#  ,

**(сума прописом)**

# Отримувач: , р/р № МФО , в банку \_, код за ЄДРПОУ код ІПН , особистий (кореспондентський) рахунок .

При умові відсутності заборгованості по сплаті платежів згідно графіку, Страховик сплачує страхове відшкодування повністю у випадку, якщо Страхувальник протягом 15 (п’ятнадцяти) робочих днів з моменту настання страхового випадку сплатив страхову премію по відповідному ТЗ в повному обсязі; якщо Страхувальник не виконав цю умову, Страховик має право зменшити страхове відшкодування на суму цієї сплати; у разі якщо сума сплати, яку Страхувальник повинен був здійснити відповідно до цього пункту умов страхування, перевищує суму страхового відшкодування, виплата останнього здійснюється тільки після сплати страхової премії по відповідному ТЗ в повному обсязі.

# З повагою,

(уповноважена особа) (підпис)

М.П.