

Вх. № _____
« ____ » _____ 202_р

Голові Правління ПРАТ «СК «АРСЕНАЛ СТРАХУВАННЯ»
Авдєєву С.О.
Від (ПІБ) _____

Що проживає: область _____ район _____
Місто (село) _____ вул. _____,
буд. _____, кв. _____ Поштовий індекс _____
Телефон: _____

Заява на виплату страхового відшкодування

1. Договір добровільного страхування майна фінансових ризиків (Програма «Flash protect 12міс») № _____ від « ____ » _____ 201__р.

2. **Застраховане майно:**

Марка, модель виробу: _____

Серійний номер (IMEI) _____

Ціна згідно чеку: _____ грн. _____ коп.

3. **Місце придбання (вказати назву магазину та адресу)**

Назва магазину: _____

Адреса: _____

4. **Короткий опис страхової події:**

Дата: _____

Обставини (опис)

5. **Страхова подія сталася внаслідок (вказати ризик):**

- Падіння з висоти/удар/механічне пошкодження; Дія води; Гарантійна поломка;
 Крадіжка/пограбування/розбій

Прошу здійснити виплату страхового відшкодування за наступними реквізитами:

Банк _____

Р/Р _____

МФО _____

ЕДРПОУ _____

Картковий рахунок/номер карти _____

Дата _____ Страхувальник _____ (П.І.Б.) _____ підпис