

Заявление

О СТРАХОВОМ ВОЗМЕЩЕНИИ/ **О ПРЯМОМ ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ ПО ДОГОВОРУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЛАДЕЛЬЦЕВ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

1. ПОТЕРПЕВШИЙ (**ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ,** **ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ**):

_____ (полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество физического лица)

_____ (дата рождения физического лица) _____ (ИНН юридического лица)

_____ (свидетельство о регистрации юридического лица либо документ, удостоверяющий личность физического лица) _____ (серия) _____ (номер)

Адрес _____ (индекс) _____ (государство, республика, край, область) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица) _____ (дом) _____ (корпус) _____ (квартира)

Контактный телефон _____ E-mail _____

Автоматические уведомления о ходе рассмотрения заявления я хотел бы получать

SMS-сообщением на указанный телефон плюс письмом на e-mail.

2. Поврежденное имущество:

Собственник _____ (полное наименование юридического лица)

_____ (фамилия, имя, отчество физического лица)

_____ (дата рождения физического лица) _____ (ИНН юридического лица)

Адрес (для корреспонденции) _____ (индекс) _____ (государство, республика, край, область) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (дом) _____ (корпус) _____ (квартира)

Контактный телефон _____ E-mail _____

СВЕДЕНИЯ О ПОВРЕЖДЕННОМ ТРАНСПОРТНОМ СРЕДСТВЕ:

Марка, модель, категория транспортного средства _____

Идентификационный номер транспортного средства _____

Год изготовления транспортного средства _____

Документ о регистрации транспортного средства _____ (паспорт транспортного средства, свидетельство о регистрации транспортного средства, паспорт самоходной машины или аналогичный документ)

_____ (серия) _____ (номер) _____ (дата выдачи)

Государственный регистрационный знак _____

СВЕДЕНИЯ ОБ ИНОМ ПОВРЕЖДЕННОМ ИМУЩЕСТВЕ:

Вид поврежденного имущества _____

Вид и реквизиты документа, подтверждающего право собственности на поврежденное имущество:

СВЕДЕНИЯ О ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЖИЗНИ / ЗДОРОВЬЮ:

Лицо, жизни / здоровью которого причинен вред _____ (фамилия, имя, отчество физического лица)

Характер и степень повреждения здоровья _____

Имеются ли дополнительные расходы на лечение, восстановление здоровья: да нет

Имеется ли утраченный заработок (доход): да нет

Отношение к погибшему лицу (степень родства) _____

5. К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:

АКТ ПРИЕМА ПЕРЕДАЧИ ДОКУМЕНТОВ (копия/заверенная копия/оригинал - указать)	Кол-во листов
Документ удостоверяющий личность	
Документ, удостоверяющий полномочия представителя выгодоприобретателя	
Банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты	
Согласие органов опеки и попечительства	
Извещение о дорожно-транспортном происшествии	
Протокол об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении	
Определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении	
При причинении вреда имуществу	
Документы, подтверждающие право собственности на поврежденное имущество либо право на страховую выплату	
Заключение независимой экспертизы (оценки)	
Документы, подтверждающие оплату услуг эксперта-техника (оценщика)	
Документы, подтверждающие оплату услуг по эвакуации поврежденного имущества	
Документы, подтверждающие оплату услуг по хранению поврежденного имущества	
При причинении вреда жизни / здоровью	
Документы, выданные и оформленные медицинской организацией, с указанием характера полученных потерпевшим травм и увечий, диагноза и периода нетрудоспособности	
Заключение судебно-медицинской экспертизы о степени утраты общей или профессиональной трудоспособности	
Справка, подтверждающая факт установления инвалидности или категории "ребенок-инвалид"	
Справка станции скорой медицинской помощи об оказанной медицинской помощи на месте дорожно-транспортного происшествия	
Справка или иной документ о среднем месячном заработке (доходе), стипендии, пенсии, пособиях	
Заявление, содержащее сведения о членах семьи умершего потерпевшего	
Копия свидетельства о смерти	
Свидетельство о рождении ребенка (детей)	
Справка образовательной организации	
Заключение (справка медицинской организации, органа социального обеспечения) о необходимости постороннего ухода	
Справка органа социального обеспечения (медицинской организации, органа местного самоуправления, службы занятости) о том, что один из родителей, супруг либо другой член семьи погибшего не работает и занят уходом за его родственниками	
Свидетельство о заключении брака	
Документы, подтверждающие произведенные расходы на погребение	
Выписка из истории болезни	
Документы, подтверждающие оплату услуг медицинской организации	
Документы, подтверждающие оплату приобретенных лекарств	

Иные документы

Иные документы	

ПОТЕРПЕВШИЙ

(ФИО)

(подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ

(ФИО)

(должность)

(подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Заявитель выражает свое согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении (а также иных персональных данных, получаемых страховщиком при исполнении заявления), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора страхования (Полиса), а также информирования заявителя о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями, связанными со страхованием, в том числе с передачей иным третьим лицам в указанных целях, а также подтверждает, что получил согласие третьих лиц, указанных в настоящем заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» на передачу и обработку их персональных данных страховщиком на вышеуказанных условиях. Срок использования и обработки персональных сведений устанавливается в течение срока действия Полиса и 3 лет с даты его прекращения.

согласен

не согласен

_____ (_____)

(подпись)

(ф.и.о.)