|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Убыток №** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. | **В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **филиал ВСК** | Описание: cid:image002.png@01CB3572.56483DF0 |

|  |
| --- |
| **от Потерпевшего** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(для физического лица – Ф.И.О. Для юридического лица – наименование, Ф.И.О. представителя)***Адрес** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(для физического лица – адрес места жительства. Для юридического – местонахождение)***Доверенное лицо (заявитель)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.; почтовый адрес; контактный телефон; реквизиты доверенности)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ о страховой выплате по договору ОСАГО**

|  |
| --- |
| **Настоящим заявляю, что в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) причинен вред:**[ ]  транспортному средству [ ]  иному имуществу [ ] жизни и/или здоровьюДата ДТП [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  г. Время ДТП [ ] [ ]  ч.[ ] [ ]  мин. Место ДТП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Количество участников \_\_\_\_\_\_\_\_О событии заявлено: [ ]  ГИБДД [ ]  Органы внутренних дел [ ]  Другие организации [ ]  Не заявлено |

|  |
| --- |
| **Данные о транспортном средстве лица, ответственного за причиненный вред:** |
| Марка, модель ТС [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  гос. рег. знак ТС [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Водитель ТС на момент ДТП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.; контактный телефон)*Полис ОСАГО: серия [ ] [ ] [ ]  №[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование Страховой компании)*Срок действия договора с [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  г. по [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  г. |

|  |
| --- |
| **Данные об имуществе Потерпевшего, которому был причинен вред в результате ДТП:** |
| Собственник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(для физического лица – Ф.И.О. Для юридического лица – наименование, Ф.И.О. представителя)*Марка, модель ТС [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  гос. рег. знак ТС [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] VIN– идентификационный номер (при отсутствии указать номер кузова) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Водитель ТС на момент ДТП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.; контактный телефон)* |

|  |
| --- |
| **Заполняется при причинении вреда имуществу, иному, чем ТС:** |
| Идентификационные данные поврежденного имущества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(вид имущества, а также информация, по которой можно идентифицировать данное имущество)*Перечень повреждений /вред, причиненный имуществу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **В соответствии с Федеральным законом от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» обязуюсь представить поврежденное имущество или его остатки для проведения осмотра и (или) организации независимой экспертизы (оценки) в целях выяснения обстоятельств причинения вреда и определения размера подлежащих возмещению убытков.**[ ]  Транспортное средство и/или имущество может быть предоставлено для осмотра Страховщику[ ]  Повреждения транспортного средства и/или имущества исключают возможность его участия в дорожном движении Осмотр может быть произведен по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Также мною заявлены дополнительные расходы, понесенные в результате ДТП: [ ]  на эвакуацию [ ]  на хранение [ ]  иные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Заполняется при причинении вреда жизни и/или здоровью:** |
| Потерпевший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.)*Заявлено возмещение следующих расходов: **1.** [ ]  Утраченный заработок **2.** [ ]  Расходы на лечение и приобретение лекарств**3.** Дополнительно понесенные расходы: [ ]  Дополнительное питание [ ]  Протезирование [ ]  Посторонний уход [ ]  Санаторно-курортное лечение [ ]  Приобретение специальных транспортных средств [ ]  Расходы по подготовке к другой профессии **4.** [ ]  Расходы на погребение**5.** [ ]  Возмещение вреда, причиненного в результате смерти кормильца. Лица, находившиеся на иждивении потерпевшего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.)* |

***Я предупрежден, что за представление заведомо ложных сведений и (или) недействительных документов несу ответственность в соответствии с***

***законодательством Российской Федерации. В случае представления заведомо ложных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение***

***для определения степени риска, Страховая Компания освобождается от обязательств по выплате страхового возмещения.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Заявитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.) (Подпись)* «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.*М.П. для юр. лица* | **Заявление принял** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(должность)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.) (Подпись)* «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |