

# СТРАХОВАНИЕ ОСТА

Заявление о возмещении (убытков, причиненных лицу)



## Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс.код: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_

## Информация о происшествии

Дата: \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_ Место (Адрес): \_\_\_\_\_

## Информация о виновном транспортном средстве

Марка, модель: \_\_\_\_\_ Гос. Рег. №: \_\_\_\_\_  
ОСТА Нет  Да  Страховщик: \_\_\_\_\_ Номер полиса: \_\_\_\_\_

## Информация о пострадавшем лице

Водитель  Пассажир  Пешеход  Велосипедист  Др. Лицо \_\_\_\_\_

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс.код: \_\_\_\_\_

Адрес, э-почта: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Место нахождения пострадавшего лица в момент происшествия?  В виновном т/с  в другом т/с  на тротуаре  в др.месте \_\_\_\_\_

## Информация об убытках пострадавшего лица

Первая помощь была оказана (указать медицинское учреждение): \_\_\_\_\_

Продолжение лечения (указать медицинское учреждение): \_\_\_\_\_

Размер убытков, нанесенных лицу (сумма, если известна): \_\_\_\_\_

## Вид убытков, причиненных лицу:

лечение лица  временная нетрудоспособность  полная потеря трудоспособности  нематериальные убытки  
 расходы на похороны  потеря кормильца  другие причины \_\_\_\_\_

## О случившемся сообщено

112 \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_  
(указать тел., с которого звонили, и рег. номер звонка, если он известен)  
 ВТА 26 12 12 12 \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_  
(указать телефон, с которого звонили)  
 Полиции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_  
(указать какому отделению, номер телефона, на который звонили и с которого звонили)  
 Другой инстанции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время: \_\_\_\_\_  
(указать кому и каким образом)

## Оформление происшествия

Протокол полиции \_\_\_\_\_  
(номер протокола)

## Дополнительная информация

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| Был ли кто-то из участников повреждения под воздействием алкоголя или наркотических веществ? | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (если да, указать, кто именно) |
| Оставил ли кто-то из участников повреждения место происшествия?                              | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (если да, указать, кто именно) |
| Были ли кому-то из участников нанесены телесные повреждения?                                 | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (если да, указать, кому)       |
| Были ли погибшие в результате происшествия?  | Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> | (если да, указать, кто именно) |

## Заявитель


Имя, фамилия: \_\_\_\_\_  
Подпись: \_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_


## Информация об обстоятельствах происшествия


### Описание


Описание происшествия подробно, в хронологическом порядке, указав убитки, причиненные лицу:


### Схема в момент происшествия:


  
Т/с, которое причинило убитки

  
другое т/с

  
пострадавшее  
лицо

  
перекресток

  
препятствие

  
дорожный  
знак

\* Если в ДТП участвовало больше 2 транспортных средств, тогда отобразите все  
\*\* Пожалуйста укажите транспортное средство, в котором находилось пострадавшее  
лицо

Другая существенная информация о происшествии (наблюдения, несоответствия):

## Заполняет лицо, которое претендует на страховое возмещение (пострадавшее лицо, уполномоченное лицо)

Страховое возмещение выплатить перечислением:

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс.код/Рег.номер: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Название банка: \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_ Валюта: \_\_\_\_\_

Решение о страховом возмещении и корреспонденцию прошу выслать владельцу/держателю транспортного средства:

по эл. почте: \_\_\_\_\_

по почте на вышеуказанный адрес

Уполномочиваю ВТА выбрать один из вариантов информирования в случае, если не указан ни один или указаны оба варианта.

## Информация о приложенных к заявлению документах (название документа, количество, сумма)

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Подписывая настоящее заявление, подтверждаю, что информация, предоставленная мной, соответствует действительности, является всеобъемлющей и точной.

ВТА сообщает, что для исполнения заключенного договора, из Закона о защите данных физических лиц вытекает право ВТА, за соблюдением установленного упомянутым законом, обрабатывать, в т.ч. получать из регистров и баз данных, личные данные пострадавшего третьего лица, в т.ч. персональные идентификационные коды для получения страховых услуг, а именно: для урегулирования случая наступления заявленного страхового риска, принятия решения о признании случая наступления застрахованного риска страховым случаем, определения размера страхового возмещения и выплаты страхового возмещения.

С подачей настоящего заявления, ВТА получает разрешение обрабатывать чувствительные данные пострадавшего третьего лица, потому что в отсутствие обработки чувствительных данных Застрахованного урегулирование дела о страховом возмещении становится не возможным.

разрешаю ВТА обрабатывать мои личные данные, в т.ч. статистику идентификационных кодов для проведения исследований, анализа рынка и общественного мнения и составления отчетов, а также, для проведения опросов среди клиентов и в целях управления рисками.

### Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

### Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: \_\_\_\_\_

Имя, фамилия получателя: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_