

СТРАХОВАНИЕ ОСТА

Заявление о возмещении (убытков, причиненных лицу)



Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: _____
Имя, фамилия получателя: _____
Подпись: _____

Номер Дела о возмещении: _____

Заявитель:

Имя, фамилия: СЕРГЕЙ ИВАНОВ Перс.код: 000000-00001
Адрес: РИГА, ЗВАЙГЗНАЮ ГАТВЕ 5 - 1 Телефон: 25252525
Адрес э-почты: sergey@gmail.com

Информация о происшествии:

Дата: 01.02.2012. Время: 17:00 Место (Адрес): РИГА, УЛ. СКАНСТЕС 16

Информация о виновном транспортном средстве:

Марка, модель: AUDI 100 Гос.номер: CE1111
ОСТА Нет Да Страховщик: ВТА Номер полиса: OS154565

Информация о пострадавшем лице:

Водитель Пассажир Пешеход Велосипедист Др. Лицо _____

Имя, фамилия: СЕРГЕЙ ИВАНОВ Перс.код: 000000-00001
Адрес, э-почта: РИГА, ЗВАЙГЗНАЮ ГАТВЕ 5 - 1 sergey@gmail.com Телефон: 25252525

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): 1-Я РИЖСКАЯ БОЛЬНИЦА

Продолжение лечения (указать медицинское учреждение): 1-Я РИЖСКАЯ БОЛЬНИЦА

Размер убытков, нанесенных лицу (сумма, если известна): 300 LVL

Вид убытков, причиненных лицу:

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

О случившемся сообщено:

112 25252525, ЗВОНОК NO.10 Дата: 01.02.2012. время: 17:00
(указать тел., с которого звонили, и рег. номер звонка, если он известен)
 ВТА 26 12 12 12 25252525 Дата: 01.02.2012. время: 17:10
(указать телефон, с которого звонили)
 Полиции ДОРОЖНАЯ ПОЛИЦИЯ Г.РИГИ, 112, 25252525 Дата: 01.02.2012. время: 17:00
(указать какому отделению, номер телефона, на который звонили и с которого звонили)
 Другой институции СКОРОЙ ПОМОЩИ Дата: 01.02.2012. время: 17:05
(указать кому и каким образом)

Оформление происшествия:

Протокол полиции EZ 100000
(номер протокола)

Дополнительная информация:

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

Заявитель:

Имя, фамилия: СЕРГЕЙ ИВАНОВ
Подпись: _____
Дата: 01.02.2012.

Информация об обстоятельствах происшествия:**Описание:**

(Описание происшествия подробно, в хронологическом порядке, указав убитки, причиненные лицу)

ОСТАНАВЛИВАЯСЬ НА КРАСНЫЙ СИГНАЛ СВЕТОФОРА,

ВОДИТЕЛЬ AUDI 100 ВРЕЗАЛСЯ В НАШЕ ТРАНСПОРТНОЕ

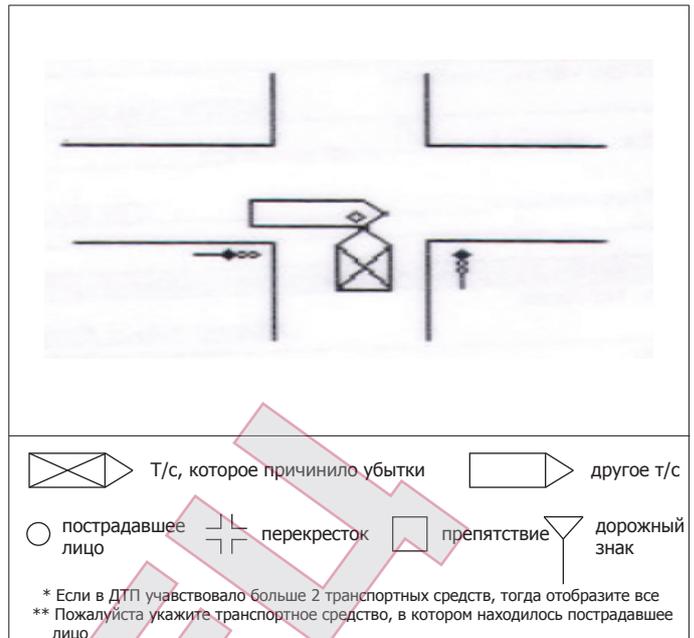
СРЕДСТВО, В КОТОРОМ Я ЕХАЛ КАК ПАССАЖИР.

СКОРОСТЬ ДВИЖЕНИЯ В МОМЕНТ СТОЛКНОВЕНИЯ БЫЛА 50 КМ/Ч.

ПОСЛЕ ПРОИСШЕСТВИЯ БЫЛА ВЫЗВАНА СКОРАЯ ПОМОЩЬ,

С ПОМОЩЬЮ КОТОРОЙ Я БЫЛ ДОСТАВЛЕН В 1 РИЖСКУЮ

БОЛЬНИЦУ.

Схема в момент происшествия:

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: СЕРГЕЙ ИВАНОВ

Перс.код/Рег.номер: 000000-00001

Адрес: РИГА, ЗВАЙГЗНАЮ ГАТВЕ 5-1

Индекс: LV-1122

Название банка: SEB

Номер счета: L / V / 6 / 1 / U / N / L / A / 0 / 0 / 0 / 2 / 0 / 2 / 0 / 4 / 6 / 7 / 6 / 0 / 9 /

Валюта: LVL

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

по эл. почте: sergey@gmail.com

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. ВЫПИСКА ИЗ 1 БОЛЬНИЦЫ Г. РИГА

4.

2. ЧЕКИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ, 2 ШТ., 20 LVL

5.

3. КОПИЯ ПАСПОРТА

6.

Подписывая данное Заявление подтверждаю, что:

1) предоставленная мной информация является достоверной, полной и точной;

2) разрешаю ВТА, как администратору системы, получателю и оператору персональных данных для исполнения договора страхования, получать и обрабатывать указанные в заявлении персональные данные, в том числе, сенситивные персональные данные и идентификационные персональные коды в соответствии с «Законом о защите данных физических лиц» и другими нормативными актами Латвийской Республики, а также я информирован и согласен с тем, что в связи с указанным Заявлением о происшествии, ВТА, используя устройства для записи и хранения звуковой и видеoinформации, будет осуществлять запись телефонных и устных разговоров, фиксировать другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, с правом использовать указанные записи в качестве доказательств в суде по спорам о выплате страхового возмещения.

Предложения по улучшению деятельности ВТА:

Заявитель:

Имя, фамилия: СЕРГЕЙ ИВАНОВ

Подпись:

Дата: 01.02.2012.