

# СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

## Заявление о возмещении



### Заполняет представитель ВТА!

Дата получения: \_\_\_\_\_  
Место принятия заявления: \_\_\_\_\_  
Имя, фамилия получателя: \_\_\_\_\_  
Подпись: \_\_\_\_\_

Номер Дела о возмещении: \_\_\_\_\_

### Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров Перс.код: 180564 - 22222  
Адрес: Рига, Звайгзнау гатве 5 - 10 Индекс: LV - 1082  
Телефон, факс: 29191919 э-почта: andry@inbox.lv  
Серия полиса: 10 - 72 № полиса: 5432 Согласен с тем, что информацию, связанную с Делом о возмещении ВТА вышлет на адрес э-почты: Нет  Да

Если Заявление заполняет другое лицо, необходимо указать данные представляемого:

Имя, фамилия/ Название: SIA APSAIMNIEKOTĀJS Перс.код/ рег.№: 41234567890  
Адрес: Рига, ул. Валдемара 55 Индекс: LV - 1013  
Телефон, факс: 67310101 э-почта: bums@bums.lv

### Информация о претензии, предъявленной страхователю от третьего лица:

Дата получения претензии: 10.01.2014

Вид получения претензии:

- По почте  По факсу  По э-почте  Третье лицо подало лично  С помощью курьера  
 Другое \_\_\_\_\_

Размер убытков, причиненных третьему лицу: 1000 EUR  
(приблизительно)

О случившемся сообщено:

- Полиции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 Прибыла  Не прибыла  
 Страховой компании ВТА Дата: 10.01.2014 время 12:00  
 Другой инстанции \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Признает ли застрахованный свою ответственность за происшествие?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать почему/какую часть не признает) _____
Достигнуто ли соглашение с третьим лицом о возмещении убытков?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать в каком виде и размере) _____
Заключены ли другие договоры страхования, связанные с данным происшествием и действующие в период происшествия?	Нет <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать страховое общество) _____

### Информация о третьем лице – заявителе претензии:

Имя, фамилия/ Название: Иван Федоров Перс.код/ рег.№: 010250 - 11111  
Адрес: Рига, ул. Сколас 1 - 10 Индекс: LV - 1013  
Телефон, факс: 67310101 э-почта: andris@bk.ru

### Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров  
Подпись: \_\_\_\_\_  
Дата: 11.01.2014

## Дополнительная информация:

Свидетели происшествия: 1. ----  
2. ----  
(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

### Описание фактов, связанных с претензией:

(Детальное описание происшествия в хронологическом порядке, указывая информацию о повреждениях/вреде и полученных убытках. При необходимости дополнительную информацию приложить на отдельном листе)

10 января 2014 года в 12:00 получил информацию от Ивана Федорова о том, что его квартиру залило водой (ванная комната, коридор). Возможно повреждения возникли от трещины в стояке.

Происшествие произошло 9 января 2014 года.

### Информация о приложенных к заявлению документах:

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> копия паспорта или водительского удостоверения заявителя  | <input checked="" type="checkbox"/> копия страхового договора   |
| <input checked="" type="checkbox"/> претензии, предъявленные страхователю от третьего лица (если больше одной – предоставить все)   | <input type="checkbox"/> документы, подтверждающие право третьему лицу получить страховое возмещение (например: документы, подтверждающие право собственности на имущество) |
| <input checked="" type="checkbox"/> документы, которые подтверждают наступление страхового случая, размер убытков(акты осмотра, документы из гос. учреждений, заключение экспертов и др.) | <input type="checkbox"/> другое _____   |

### Подписывая данное Заявление:

1. Подтверждаю, что информирован о том, что в связи с указанным заявлением на возмещение ВТА с помощью устройств для записи и хранения аудио и видео информации будет осуществлять запись телефонных и устных разговоров и фиксировать другую информацию, связанную с возможным страховым случаем, с правом использовать указанные записи в качестве доказательств в суде по спорам о выплате страхового возмещения.
2. Подтверждаю, что предоставленная информация является достоверной, полной и точной. Мне разъяснено, что в случае предоставления недостоверной и вводящей в заблуждение информации ВТА имеет право снизить размер страхового возмещения или отказать в его выплате, а также за это может наступить уголовная ответственность, предусмотренная в ст. 177 (мошенничество) или ст. 178 (страховое мошенничество) Уголовного закона. Если по указанным причинам ВТА снизит размер страхового возмещения или откажет в выплате такового, обязуюсь возместить все связанные с этим причиненные убытки.
3. Осознаю, что выплата страхового возмещения по страховому случаю осуществляется только после получения ВТА всех необходимых документов, подтверждающих наступление страхового случая и размер убытков, возникших в результате него.
4. Подтверждаю, что 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, чувствительные персональные данные и идентификационные (классификационные) персональные коды в соответствии с «Законом о защите данных физических лиц» и другими нормативными актами ЛР.
5. Утверждаю, что у меня есть право подписывать данное Заявление.

### Заявитель:

Имя, фамилия: Андрей Сидоров  
Подпись: \_\_\_\_\_  
Дата: 11.01.2014