

# СТРАХОВАНИЕ НЕДВИЖИМОСТИ

## Заявление о возмещении

### Заявитель

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Перс. код: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_ э-почта: \_\_\_\_\_  
№ полиса: \_\_\_\_\_

### Информация о происшествии

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

### Вид происшествия

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Воздействие огня | <input type="checkbox"/> Воздействие бури      | <input type="checkbox"/> Воздействие града | <input type="checkbox"/> Механическое воздействие транспортного средства | <input type="checkbox"/> Утечка жидкости из поврежденного трубопровода |
| <input type="checkbox"/> Грабёж           | <input type="checkbox"/> Повреждение имущества | <input type="checkbox"/> Кража со взломом  | <input type="checkbox"/> Повреждения, вызванные электрическим током      | <input type="checkbox"/> Наводнение и половодье                        |
| <input type="checkbox"/> Воздействие дыма | <input type="checkbox"/> Поползни              | <input type="checkbox"/> Воздействие снега | <input type="checkbox"/> Вред, нанесенный нанимателями/гостями           |  |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____    |  |  |  |  |

### О случившемся сообщено

- |  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 112 _____<br>(укажите номер телефона, с которого звонили и зарег. номер телефонного звонка, если он известен) | Дата: _____ | Время: _____ |
| <input type="checkbox"/> ВТА 26 12 12 12 _____<br>(укажите номер телефона, с которого звонили)   | Дата: _____ | Время: _____ |
| <input type="checkbox"/> Полиции _____<br>(укажите какой, укажите номер телефона, с которого звонили)                                  | Дата: _____ | Время: _____ |
| <input type="checkbox"/> Управляющему объекта _____<br>(указать кому, и каким образом)   | Дата: _____ | Время: _____ |
| <input type="checkbox"/> Другой инстанции _____<br>(указать кому, и каким образом)   | Дата: _____ | Время: _____ |

### Оформление происшествия

- Протокол полиции \_\_\_\_\_ (номер протокола)     Акт ГПСС     Акт Управляющего объекта     Другое: \_\_\_\_\_ (объяснить подробнее)

### Пострадавшее недвижимое имущество

Пострадавшее недвижимое имущество: \_\_\_\_\_  
(название объекта: забор, здание, дом, квартира и адрес нахождения объекта)

#### Владелец недвижимого имущества

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс. код/Рег.номер: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
э-почта: \_\_\_\_\_

#### Арендатор недвижимого имущества

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс. код/Рег.номер: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
э-почта: \_\_\_\_\_

### Пострадавшее движимое имущество

#### Владелец движимого имущества

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс. код/Рег.номер: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
э-почта: \_\_\_\_\_

#### Арендатор движимого имущества

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_ Перс. код/Рег.номер: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
э-почта: \_\_\_\_\_

### Заявитель

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

Список украденных, поврежденных вещей (при необходимости дополнение приложить на отдельном листе):

№	Название вещи	Дата приобретения	Стоимость приобретения	Количество единиц до происшествия	Описание повреждений

### Дополнительная информация

Размер причиненных убытков:

Недвижимое имущество:

(сумма, валюта)

Движимое имущество:

(сумма, валюта)

Были ли не устранённые повреждения Вашего имущества до этого происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если да, укажите какие)
Заключен ли договор об охране страхового объекта?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если да, укажите охранное предприятие)
Заключены ли другие страховые договора, связанные с данным происшествием и действующие в период происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(укажите страховое общество)
Подавалась ли заявка на возмещение убытков по данному случаю в другое страховое общество?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если да, укажите в какое)
Известно ли лицо, виновное в происшествии?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(если да, указать виновного)

Свидетели происшествия: 1. \_\_\_\_\_

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

(если известно, указать имя, фамилию, перс.код, адрес, телефон)

### Информация об обстоятельствах происшествия

Описание происшествия (Детальное описание происшествия в хронологическом порядке. При необходимости дополнение приложить на отдельном листе)

### Страховое возмещение выплатить перечислением (заполняет только уполномоченное лицо)

Владельцу  Доверенному лицу

Имя, фамилия/Название: \_\_\_\_\_

Перс.код/ Рег.номер: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_

Название банка: \_\_\_\_\_

Номер счета: \_\_\_\_\_

Валюта: \_\_\_\_\_

Решение о страховом возмещении и корреспонденцию прошу выслать владельцу:

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.

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 Страхователя и Застрахованного, 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.

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: \_\_\_\_\_