

СТРАХОВАНИЕ ОСТА

Заявление о возмещении (убытков, связанных с повреждением имущества)



Pieteikuma iesniedzējs

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

Информация о дорожно – транспортном происшествии (ДТП)

Дата: _____ Время: _____ Место (адрес): _____

Информация о виновном транспортном средстве

Марка, модель: _____ Гос.номер: _____
ОСТА Нет Есть Страховщик: _____ Номер полиса: _____

Информация о поврежденном имуществе

<input type="checkbox"/> Здание <input type="checkbox"/> Ограда <input type="checkbox"/> АЗС, оборудование <input type="checkbox"/> Дорожн. постройка, дорожн. знаки <input type="checkbox"/> Др. недвижимость <input type="checkbox"/> Движимое имущество			
№ п/п	Список имущества, поврежденного в результате ДТП	Год сдачи в эксплуатацию (выпуска)	Фактическая стоимость
1			
2			
3			
4			

Информация о владельце поврежденного имущества

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

Информация о пользователе поврежденного имущества

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

О случившемся сообщено

112 _____ Дата: _____ время: _____
 ВТА 26 12 12 12 _____ Дата: _____ время: _____
 Полиции _____ Дата: _____ время: _____
 Другой институции _____ Дата: _____ время: _____

Оформление происшествия

№ протокол полиции _____

Дополнительная информация

Размер причиненных убытков: _____

Поврежденное имущество назначенный ВТА эксперт может осмотреть:

На территории ВТА В другом месте: _____
(указать адрес, имя, фамилию и телефон контактного лица)

Заявитель

Имя, фамилия: _____
Подпись: _____
Дата: _____

Были ли у имущества не устраненные повреждения до этого происшествия?	Нету <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	(указать - какие)
Был ли кто-то из участников ДТП под воздействием алкоголя или наркотических веществ?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - кто)
Оставил ли кто-то из участников ДТП место происшествия?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - кто)
Были ли кому-то из участников нанесены телесные повреждения?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - кому)
Были ли погибшие в результате ДТП?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(указать - кто)

Свидетели происшествия: 1. _____

2. _____

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

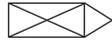
Информация об обстоятельствах ДТП

Описание ДТП

Подробно, в хронологическом порядке:

Схема ДТП в момент происшествия:

+ Добавить изображение (в формате PDF)

 Другое т/с

 Ваше т/с

 перекрёсток

 препятствие

 дорожный знак

 поврежденное место т/с

* Если в ДТП участвовало больше 2 транспортных средств, тогда отобразите все

Другая существенная информация о происшествии (наблюдения, несоответствия): _____

Вид получения страхового возмещения:

Страховое возмещение выплатить перечислением владельцу (держателю - в случае кредитных обязательств)

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

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.

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: _____