

УБЫТОК №

ОТ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЯМОМ ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ ПО ОСАГО

поля, где требуется выбрать ответ, просим отметить знаком V

ИНФОРМАЦИЯ О СОБСТВЕННИКЕ

Ф.И.О.	Дата рождения
Адрес регистрации:	
Контактный телефон	E-mail
Все уведомления, направления на осмотр / дефектовку / ремонт ТС будут направлены Вам на указанные телефон, e-mail.	

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО (ЗАЯВИТЕЛЬ)

Ф.И.О.	Контактный телефон
Почтовый адрес:	
Реквизиты доверенности	

НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЯЮ, ЧТО В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ (ДТП) ПРИЧИНЕН ВРЕД:

<input type="checkbox"/> транспортному средству	<input type="checkbox"/> иному имуществу	<input type="checkbox"/> жизни и/или здоровью
Дата ДТП: . . г.	Время ДТП: ч. мин.	Место ДТП:
		Количество участников
Обстоятельства происшествия:		
О событии заявлено: <input type="checkbox"/> ГИБДД <input type="checkbox"/> Органы внутренних дел <input type="checkbox"/> Другие организации <input type="checkbox"/> Не заявлено		

ДАННЫЕ О ТРАНСПОРТНОМ СРЕДСТВЕ ЛИЦА, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА ПРИЧИНЕННЫЙ ВРЕД:

Марка, модель ТС	Гос. рег. знак ТС
VIN-идентификационный номер (при отсутствии указать номер кузова)	
Предъявлено (указать) <input type="checkbox"/> ПТС <input type="checkbox"/> СТС	Серия № Год выпуска ТС

ВОДИТЕЛЬ ТС НА МОМЕНТ ДТП, ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА ПРИЧИНЕННЫЙ ВРЕД

Ф.И.О.		
Контактный телефон		
Полис ОСАГО: Серия №	Наименование страховой компании	
Срок действия Договора с . . г. по . . г.		

ДАННЫЕ ОБ ИМУЩЕСТВЕ ПОТЕРПЕВШЕГО, КОТОРОМУ БЫЛ ПРИЧИНЕН ВРЕД В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП:

СОБСТВЕННИК <input type="checkbox"/> Физическое лицо <input type="checkbox"/> Юридическое лицо	
Ф.И.О. / Наименование организации	
Ф.И.О. представителя	
Марка, модель ТС	Гос. рег. знак ТС
VIN-идентификационный номер (при отсутствии указать номер кузова)	
Предъявлено (указать): <input type="checkbox"/> ПТС <input type="checkbox"/> СТС	Серия № Год выпуска ТС

ВОДИТЕЛЬ ТС НА МОМЕНТ ДТП:

Ф.И.О.		
Контактный телефон		
Полис ОСАГО: Серия №	Наименование страховой компании	
Срок действия Договора с . . г. по . . г.		
Иное имущество:		

В соответствии с Федеральным законом от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств» обязуюсь представить поврежденное имущество или его остатки для проведения осмотра и/или организации независимой экспертизы (оценки) в целях выяснения обстоятельств причинения вреда и определения размера подлежащих возмещению убытков.

<input type="checkbox"/> Транспортное средство и/или имущество может быть предоставлено для осмотра Страховщику
<input type="checkbox"/> Повреждения транспортного средства и/или имущества исключают возможность его участия в дорожном движении
<input type="checkbox"/> Осмотр может быть произведен по адресу:

Также мною заявлены дополнительные расходы, понесенные в результате ДТП:

<input type="checkbox"/> на эвакуацию <input type="checkbox"/> на хранение <input type="checkbox"/> иные:

ПОЛЯ, ГДЕ ТРЕБУЕТСЯ ВЫБРАТЬ ОТВЕТ, ПРОСИМ ОТМЕТИТЬ ЗНАКОМ V

ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ ПРИЧИН И ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ПРОИСШЕСТВИЯ

Blank lines for detailed description of the incident.

НЕ ХВАТИЛО МЕСТА? Обратитесь к сотруднику компании за дополнительным бланком «описание обстоятельств предполагаемого страхового события».

Grid area for listing damages.

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ТС

Blank lines for listing damages to the insured vehicle.

ПРИ ПРИЗНАНИИ СЛУЧАЯ СТРАХОВЫМ ВЫБИРАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ

- Направлением на СТОА по согласованию со Страховщиком
- В денежном выражении на расчетный счет

Подтверждаю, что замененные в процессе ремонта и поврежденные детали и узлы транспортного средства будут переданы Страховщику. Также уведомлен, что расходы, связанные с транспортировкой передаваемых замененных деталей и узлов транспортного средства, несет Страховщик. В случае возврата владельцу подлежащих замене комплектующих изделий (деталей, узлов и агрегатов) размер страховой выплаты уменьшается на их стоимость.

СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПРОШУ ПЕРЕЧИСЛИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ РЕКВИЗИТАМ

ИНН	БИК
КПП	Л/С
Р/С	К/С
Наименование банка	
Ф.И.О. получателя	

Я предупрежден, что за представление заведомо ложных сведений и/или недействительных документов несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. В случае представления заведомо ложных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховая Компания освобождается от обязательств по выплате страхового возмещения.

Все сведения, изложенные в настоящем заявлении, являются достоверными и могут быть проверены Страхователем. В другие компании с заявлением по указанному событию не обращался. Страховое возмещение по данному событию от виновного лица и от других страховых компаний не получал. Настоящим выражаю свое согласие на обработку всех содержащихся в договоре страхования (страховом полисе) и приложениях к нему персональных данных страховым акционерным обществом ЭРГО (САО ЭРГО) (место нахождения: 109028, г. Москва, Серебряническая наб., д. 29, 5 эт., к.: 97-139, 153-164) в целях осуществления предстрахового андеррайтинга, заключения и исполнения договора страхования и перестрахования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – контрагентам оператора), обезличивание, блокирование, уничтожение; данное согласие дано без ограничения срока действия и может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора САО ЭРГО.

Настоящим выражаю свое согласие на отправку Страховщиком по электронной почте на электронный адрес, указанному мной в заявлении и/или в виде СМС-сообщения по телефону, указанному мной в заявлении, всех уведомлений, направлений, извещений и сообщений.

ЗАЯВИТЕЛЬ: _____ / _____
Ф.И.О. Подпись

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ: _____
должность

« _____ » _____ г.
М. П. для юр. лица

_____ Ф.И.О.
« _____ » _____ г.