

Повідомлення про подію, що має ознаки страхового випадку за договором добровільного страхування транспортного засобу та ОСЦПВВНТЗ

КАСКО № справи _____ **Орієнтовна сума нанесеного збитку:** _____
ОСЦПВВНТЗ _____

Частина, яку заповнює СТРАХУВАЛЬНИК

Дата події ____ - ____ - ____ Час _____ **У заяві необхідно відзначити**

Відомості про страхувальника(власника) / застрахованого /забезпеченого транспортного засобу (ТЗ)

П.І.Б. /Назва організації _____
 Дата народження ____ . ____ . ____ р.
 Резидент Не резидент Стать: Ч Ж
 Адреса (повна) _____
 тел. _____
 Ідентифікаційний номер _____
 Паспорт Серія ____ № _____ Виданий ____
 _____ дата _____

Відомості про водія, який керував ТЗ під час ДТП відомі не відомі

П.І.Б. _____
 Дата народження ____ . ____ . ____ р.
 Резидент Не резидент Стать: Ч Ж
 Адреса (повна) _____
 _____ тел. _____
 Управляв ТЗ на підставі _____
 Посвідч. водія № _____ Категорія _____
 Видане _____ дата _____
 Ідентифікаційний номер _____

Відомості про застрахований / забезпечений ТЗ

Марка | модель _____
 Реєстраційний № _____
 Чи мав ТЗ не усунені пошкодження перед цією подією **(вказати прописом так чи ні)?** _____
 Якщо „так“, то які? _____

Рік випуску _____
 № кузова _____
 Пробіг (км) _____

Як використовується ТЗ (вказати прописом):

- для перевезення пасажирів; - для перевезення вантажів; - для власних потреб; - спортивні змагання;
 - прокат; - в якості таксі; - навчальна їзда;

Чи використовувався ТЗ зі згоди і відома власника? **(вказати прописом так чи ні)** _____

Чи було повідомлено з місця події Страховика по телефону? **(вказати прописом так чи ні)** _____

За яким номером 0-800-700-123 (інший) _____ Дата повідомлення ____ . ____ . ____ Час ____ : ____

Чи призначено Вигодонабувача за договором страхування? Так Ні Якщо „так“, вказати П.І.Б. або назву організації, телефон _____

Договір страхування **КАСКО** серія, № _____ Термін дії з _____ по _____
 Страхова компанія _____

Договір страхування **ОСЦПВВНТЗ** серія, № _____ Термін дії з _____ по _____
 Страхова компанія _____

Інформація щодо учасників події

Інформація вказується відносно третіх осіб (страхувальник та його ТЗ не враховуються)

Кількість пошкоджених ТЗ _____ Кількість травмованих осіб _____ Кількість загиблих _____
 ПІБ постраждалих (вказати куди були доставлені, де знаходяться на даний момент якщо відомо):

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

М.П.

Частина, яку заповнює ДРУГИЙ УЧАСНИК ПОДІЇ

Відомості про власника ТЗ

П.І.Б. /Назва організації _____
 Дата народження _____. _____. _____. р. Резидент Не резидент Стать: Ч Ж
 Адреса реєстрації _____ тел. _____
 Поштова адреса _____
 І.П.Н. _____ Паспорт Серія _____ № _____ Дата _____
 Ким виданий _____

Відомості про водія ТЗ П.І.Б. _____

Дата народження _____. _____. _____. р. Адреса (повна) _____ тел. _____
 Посвідч. водія № _____ Категорія _____ Видане _____ дата _____

Відомості про пошкоджений ТЗ

Марка | модель _____ Реєстраційний № _____
 Рік випуску _____ Пробіг (км) _____
 Чи мав ТЗ не усунені пошкодження перед цією подією (**вказати прописом так чи ні**)? _____
 Якщо „так“, то які? _____

Договір страхування **КАСКО** № _____ Термін дії з _____ по _____
 Страхова компанія _____

Договір страхування **ОСЦПВВНТЗ** № _____ Термін дії з _____ по _____
 Страхова компанія _____

ЧАСТИНА, ЯКУ ЗАПОВНЮЄ СТОРОНА ПОДІЇ, ЯКА ПОДАЄ ЦЮ ЗАЯВУ

Місце події

Країна _____ Область _____
 Населений пункт Місто _____ вул. _____ буд. _____
 Поза межами населеного пункту Код дороги _____ Траса / який км (**вказати прописом**)?
 _____ Найближчий населений пункт _____

Дорожні умови

Тип покриття асфальтобетон щебінь ґрунтова; **Стан дороги** сухий мокрий ожеледь;
Погодні умови суха дощ/злива сніг туман; **Видимість (метрів)** <20м 21-50м >50м
Наявність дорожніх знаків так ні **Наявність дорожньої розмітки** так ні;
 Дозволена тах швидкість руху (**вказати прописом**) _____ км/год

Детальний опис події

Яка подія відбулась? ДТП пожежа ПДТО стихійні явища, падіння предметів, напад тварин
 З якою швидкістю Ви рухались? _____ км/год. Вкажіть будь ласка причину події, ситуацію на дорозі, поведінку учасників руху, хто зафіксував обставини події, викликав ДАІ, хто надав першу допомогу, буксирування і т. ін. _____

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

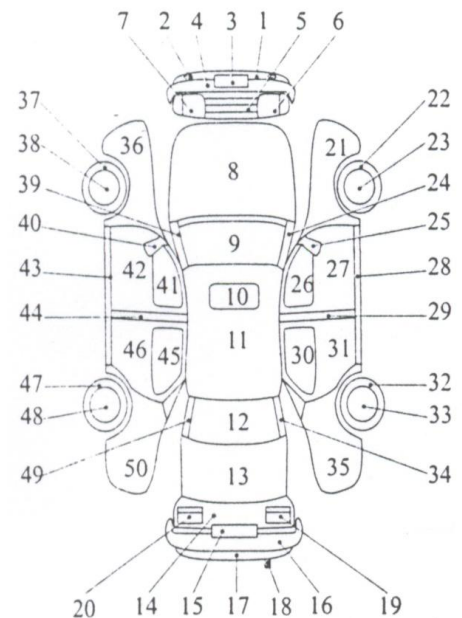
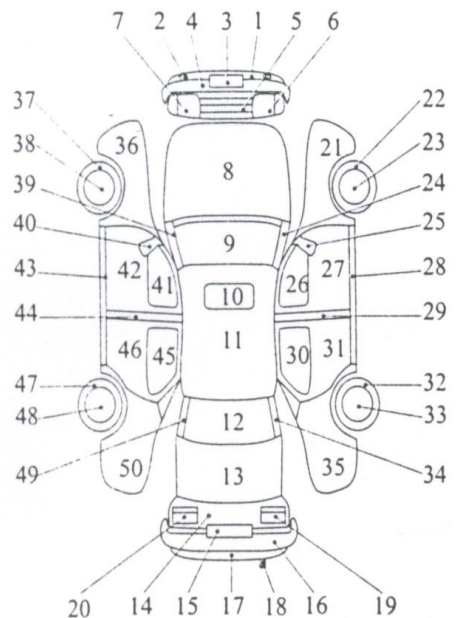
ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

М.П.

ПЕРЕЛІК ПОШКОДЖЕНЬ ТЗ

Обведіть на схемі номери пошкоджених деталей ТЗ та зазначте поряд код пошкодження.

ТЗ Страхувальника Реєстраційний номер _____	ТЗ Другого учасника події Реєстраційний номер _____
ПЕРЕДНЯ ЧАСТИНА	ПЕРЕДНЯ ЧАСТИНА
	
ЗАДНЯ ЧАСТИНА	ЗАДНЯ ЧАСТИНА

A Деформація	C Подряпина	E Тріщина
B Розбито, зламано	D Скол	F Відсутність

Страхувальник: **G** (інше) _____
 Другий учасник: **G** (інше) _____

Місце, де можна оглянути пошкоджений ТЗ
 Назва/ адреса/ _____

СХЕМАТИЧНЕ ЗОБРАЖЕННЯ ПОДІЇ

Будь ласка, якомога точніше намалуйте розташування автомобіля та будівель (із зазначенням їх назв), які були поруч із місцем події (відобразіть положення інших ТЗ та вулиць, вкажіть назви вулиць).

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

Коли було повідомлено компетентні органи (МВС та ін.)	
Дата повідомлення ____ . ____ . ____ р. Час _____ <input type="checkbox"/> Не повідомлялося	
У який підрозділ було повідомлено про подію _____	
На кого складений адміністративний протокол <input type="checkbox"/> Страхувальник <input type="checkbox"/> Другий учасник	
<input type="checkbox"/> Інша особа (зазначити) _____ <input type="checkbox"/> Не складався	
Свідки події	
П.І.Б. _____ Телефон № _____	
Адреса (повна) _____	
Пояснення водія	
Чи проводився огляд з метою встановлення стану сп'яніння? ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	
Назва, адреса медичної установи _____	
Засвідчую, що під час керування ТЗ в момент події я/водій не був у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції.	
Дата: ____ - ____ - ____ П.І.Б. _____ Підпис: _____	
Додаткова інформація	
За фактом події пояснюю, що:	
1. ТЗ у день, коли відбулась подія, використовувався за моєю згодою і з мого відома. <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	
2. За цією подією я/мої представники не отримав (-ла)/(-ли) відшкодування від винуватця події, іншої страхової компанії, а також не подавав (-ла)/(-ли) заяв на відшкодування шкоди в іншу страхову компанію.	
3. Я <input type="checkbox"/> є <input type="checkbox"/> не є платником податку ПДВ.	
Я проінформований (-а), що:	
1. У разі надання мною неправдивих відомостей у заяві, я можу бути позбавлений (-а) права на отримання страхового відшкодування.	
Якщо Заява подається із порушенням строку повідомлення Страхової компанії, зазначити причини _____	
<i>(Для ОСЦПВВНТЗ термін повідомлення Страхової компанії 3 (три) дні, для КАСКО - згідно умов договору страхування)</i>	
Назва (для юридичних осіб) _____	
Посада _____	
П.І.Б. _____ ПІДПИС: _____ М.П. _____	
Адреса (повна) _____	
Дата: ____ - ____ - ____ р. Телефон _____	
Особа, що заявляє про подію (якщо вона не є власником ТЗ)	
П.І.Б. _____ Діє на підставі _____	
Адреса (повна) _____	
Телефон _____ Дата: ____ - ____ - ____ р. Підпис: _____	
Підпис представника Страховика, що прийняв документ: _____ Дата: ____ - ____ - ____ р.	
П.І.Б./підпис _____ / _____	

ЗГОДА - ПОВІДОМЛЕННЯ

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, надаю безвідкличну згоду щодо обробки своїх персональних даних Страховою компанією «БРОКБІЗНЕС» з метою обслуговування клієнтів з якими укладено договори страхування, а також будь-якими третіми особами, за якими Страхова компанія «БРОКБІЗНЕС» несе відповідні зобов'язання як страховик, згідно статті 20 Закону України «Про страхування» та статті 988 Цивільного кодексу України, а також дотриманням Страховою компанією «БРОКБІЗНЕС» таємниці страхування у відповідності до статті 40 Закону України «Про страхування».

Дана обробка може також здійснюватись будь-якими третіми особами, яким Страховик надав таке право згідно з чинним законодавством України. Я посвідчую, що ознайомлений(а) зі своїми правами як суб'єкта персональних даних, відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 року № 2297-VI, а також повідомлений про те, що з моменту отримання Страховиком цієї Заяви персональні дані, зазначені у ній включені до бази персональних даних Страховика».

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

М.П.