

Повідомлення про настання події, що має ознаки страхового випадку за договором ОСЦПВВНТЗ щодо шкоди завданої здоров'ю та життю

№ справи _____ Орієнтовна сума нанесеного збитку: _____

Інформація про ПОТЕРПІЛОГО

У заяві необхідне відзначити

Дата події ____ - ____ - ____ р. Час ____ :

Відомості про потерпілого

П.І.Б. _____ Резидент? Так Ні
Стать: Ч Ж Дата народження _____ Ідентифікаційний номер _____
Адреса (повна) _____ тел. _____
Паспорт серія _____ № _____ Виданий _____ дата _____
Свідоцтво про народження (для неповнолітньої особи) серія _____ № _____
Видане _____ дата _____

Відомості про винуватця

П.І.Б. винуватця події _____ тел. _____
Договір ОСЦПВВНТЗ № _____ від « _____ » _____ 20 ____ р.
Марка | модель _____ Реєстраційний № _____

Місце події

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

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 ____ :

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

Де ви знаходились в транспортному засобі перед ДТП? _____

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.

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 (вказати) _____ <input type="checkbox"/> Не складався	
Свідки події	
П.І.Б. _____	Телефон № _____
Адреса (повна) _____	
П.І.Б. _____	Телефон № _____
Адреса (повна) _____	

СХЕМАТИЧНЕ ЗОБРАЖЕННЯ ПОДІЇ

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

Надана медична допомога	
Перша медична допомога Місце надання _____	
Ким була надана _____	
Медичний заклад /назва/ _____	
Дата звернення ____ - ____ - ____ Адреса _____	

Наслідки події щодо фізичного стану потерпілого	
Діагноз: _____	
<input type="checkbox"/> Втрата працездатності _____ днів	<input type="checkbox"/> Лікування потерпілого
<input type="checkbox"/> Встановлення групи інвалідності <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Смерть потерпілого
Додаткова інформація _____	

Засвідчую, що вся викладена вище інформація є достовірною

ПІБ заявника _____

Підпис заявника _____

М.П.

Свідчення

- Я засвідчую, що інформація надана мною відповідає дійсності.
- За цією подією я/мої представники не отримав (-ла)/(-ли) відшкодування від винуватця події, іншої особи чи страхової компанії, а також не подавав (-ла)/(-ли) заяв на відшкодування шкоди в іншу страхову компанію.
- Попереджений (-а), що в випадку відсутності акту за формою НТ (невиробничий травматизм), або документів лікувально-профілактичного закладу з підтвердженням факту отримання травми, згідно з Законом України "Про податок з доходів фізичних осіб", Розпорядженням Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг №126 від 18.11.2003р. "Про затвердження Порядку застосування підпунктів 4.3.32 – 4.3.33 пункту 4.3 статті 4 Закону України "Про податок з доходів фізичних осіб" щодо страхових виплат, страхових відшкодувань, викупних сум, отриманих платником податку за договором страхування", та Постановою Кабінету Міністрів України № 270 від 22 березня 2001р. "Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру", з суми страхової виплати буде утримано та сплачено (перераховано) до бюджету податок за ставкою, визначеною у підпункті 7.1 статті 7 Закону України.
- «Мені також відомо, що страхова компанія може запросити інші документи, які будуть необхідні для належного опрацювання справи та прийняття рішення відносно виплати страхового відшкодування.

Потерпілий Спадкоємець Опікун Представник

П.І.Б. _____ Діє на підставі _____

Адреса (повна) _____

Телефон _____ Дата: ____ - ____ - ____ р. Підпис: _____

Підпис представника Страховика, що прийняв цей 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.