

**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 ПОТЕРПІЛОГОУ 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.

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 «ББС ІНШУРАНС» з метою обслуговування клієнтів з якими укладено договори страхування, а також будь-якими третіми особами, за якими «СТРАХОВА КОМПАНІЯ «ББС ІНШУРАНС» несе відповідні зобов'язання як страховик, згідно статті 20 Закону України «Про страхування» та статті 988 Цивільного кодексу України, а також дотриманням «СТРАХОВОЮ КОМПАНІЄЮ «ББС ІНШУРАНС» 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.