

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ДОРОЖНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Заявление о возмещении ущерба имуществу



Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Страховой случай произошел

Место: _____ Дата: _____ Время: _____

Данные водителя и тр. средства, ответственного за нанесение ущерба

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Марка и модель: _____ Рег. номер: _____

Описание:

Поврежденное имущество:

О случившемся сообщено: _____ Дата: _____ Время: _____

Свидетели (имя и контактные данные): _____

Прилагаемые документы

Документ удостоверяющий личность заявителя

Документы, подтверждающие расходы

Фотографии с места ДТП

Список повреждённого имущества

Полицейский акт

Другое: _____

Сумма и получатель возмещения

Сумма на возмещение, валюта: _____

Номер счета (IBAN): _____

Имя, фамилия/Название: _____

Личный код/Пер.№: _____

Дополнительная информация

Подписывая заявление:

Соглашаюсь, что AAS BTA Baltic Insurance Company Eesti filiaal (рег. код 11223507) (далее BTA) будет фиксировать телефонные разговоры, устные беседы и прочую информацию, связанную с данным страховым случаем, посредством оборудования звуко- и видеозаписи. BTA вправе использовать данные записи для выяснения и выполнения своих обязательств согласно договору о страховании.

Я осведомлен(а), что BTA вправе обрабатывать мои личные данные, в т. ч. данные касательно состояния моего здоровья и инвалидности, необходимые для выяснения и исполнения обязательств по договору страхования, а также для предоставления обратного требования и BTA может получать связанные с вышеобозначенным страховым случаем данные от государственных учреждений, третьих лиц и медицинского учреждения(учреждений) и/или от лечащего врача(врачей).

Я осведомлен(а), что выплата возмещения по страховому случаю осуществляется после предоставления в BTA всех требуемых документов, подтверждающих наличие страхового случая, а также размер ущерба, который возник в результате страхового случая.

Подтверждаю, что приведенные выше данные являются полными и достоверными. Я осведомлен(а), что в случае предоставления ложной или неполной информации/данных страховщик вправе уменьшить размер страхового возмещения или отказаться от выплаты возмещения, а также об уголовной ответственности на основании статьи 209 (мошенничество) или статьи 212 (страховое мошенничество) Пенитенциарного кодекса. В случае предоставления ложной или неполной информации BTA вправе истребовать все возникшие в связи с этим расходы.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Дата/Подпись: _____