

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ДОРОЖНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Заявление о возмещении личного ущерба

Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Страховой случай произошел

Место (Адрес): _____ Дата: _____ Время: _____

Информация о транспортных средствах

Мое транспортное средство

Марка и модель: _____

Рег. номер: _____

Владелец

Имя и фамилия/Название: _____

Личный код/Рег.№: _____

Водитель

Имя и фамилия: _____

Личный код: _____

Телефон, эл. почта: _____

Адрес: _____

Транспортное средство другого участника

Марка и модель: _____

Рег. номер: _____

Владелец

Имя и фамилия/Название: _____

Личный код/Рег.№: _____

Водитель

Имя и фамилия: _____

Личный код: _____

Телефон, эл. почта: _____

Адрес: _____

Информация о происшествии

О случившемся сообщено: _____ Дата: _____ Время: _____

Описание: _____

Информация о пострадавшем лице

Водитель Пассажир Пешеход Велосипедист

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Местонахождение пострадавшего лица в момент ДТП: в т/с виновного в другом т/с на обочине в другом месте _____

Информация о полученных травмах и увечьях

Первая помощь оказана (укажите лечебное заведение): _____

Лечение продолжено (укажите лечебное заведение): _____

Описание полученных увечий: _____

Вид причиненного ущерба:

- Лечение пострадавшего Временная нетрудоспособность пострадавшего Нетрудоспособность пострадавшего
 Смерть пострадавшего Расходы на похороны Потеря кормильца Другое: _____

Имелся ли у пострадавшего действующий полис страхования здоровья или от несчастного случая?

- Нет Да (укажите страховое общество и № полиса): _____

Свидетели

Свидетели (имя и контактные данные): _____

Прилагаемые документы

- Документ удостоверяющий личность заявителя Документы, подтверждающие расходы
 Выписка из истории болезни Лист нетрудоспособности
 Фотографии с места ДТП Список повреждённого имущества
 Полицейская справка Другое: _____

Сумма и получатель возмещения

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Номер счета: _____ Валюта: _____

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: _____