

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ДОРОЖНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Заявление о возмещении

Заявитель

Имя, фамилия: _____ Личный код: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Эл. почта: _____

Страховой случай произошел

Дата: _____ Время: _____ Место: _____

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: _____

Дополнительная информация

О случившемся сообщено: _____ Дата: _____ Время: _____

Скорость моего транспортного средства (км/ч):		
Заполнили ли участники согласованное заявление о ДТП?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	
Каким способом Ваше транспортное средство оставило место происшествия?		
Были ли у кого-то из участников телесные повреждения?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(кто?)
Было ли повреждено еще какие-либо имущество?	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	(какое?)

Контакты очевидцев и пассажиров, местонахождение поврежденного автомобиля, покинул ли кто-либо из участников ДТП самовольно место происшествия или находился в наркотическом / алкогольном опьянении, дорожно-погодные условия:

Описание

Описание в хронологической последовательности:

Схема

+ Добавить фото (в формате PDF)

Повреждения моего т/с:

Повреждения другого т/с:

Были ли на Вашем автомобиле повреждения ранее, если да, укажите какие?



* Если в ДТП участвовало несколько т/с, то изобразите всех участников

Ответственным за причинение ущерба считаю (имя):

Информация о приложенных к заявлению документах

- Документ удостоверяющий личность заявителя
 Фотографии с места ДТП
 Полицейский акт

- Документы, подтверждающие расходы
 Список повреждённого имущества
 Другое: _____

Подписывая заявление:

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

Я осведомлен(а), что ВТА 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 ВТА 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 ВТА 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 отказать 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 ВТА вправе истребовать все возникшие в связи с этим расходы.

Заявитель

Имя, фамилия: _____

Дата/Подпись: _____