

Одержано "___" _____ 20__ р.

(П.І.Б., посада працівника, який прийняв заяву і його підпис)
Зареєстровано за № _____Генеральному директору ТДВ «Страхова
компанія «Ю.Ес.Ай» Ким Г.Г.від _____
(Назва/П.І.Б. постраждалого)

адреса: _____

тел./факс: _____

контактна особа: _____

посада (для юридичної особи): _____

ПОВІДОМЛЕННЯ

про дорожньо-транспортну пригоду від потерпілого

Дорожньо-транспортна пригода (ДТП) сталась _____ год. _____ хв. «___» _____ 20__ р.

ДТП сталась за адресою: _____
(область, район, нас. пункт, який км траси)

Чи знаходились Ви на момент ДТП в транспортному засобі? _____

Якщо так, заповніть наступні дані: _____ д.н.з. _____
(зазначити марку, модель) (реєстраційний №)

Швидкість руху до моменту зіткнення _____ км/год

Обставини події (короткий опис події та її наслідків): _____

Про настання події повідомлено страхову компанію по телефону:

Дата повідомлення ____ . ____ . _____ р. Час ____:____ За яким номером _____

Який підрозділ поліції виїжджав на місце події _____

Перевірка на стан сп'яніння водіїв проводилась _____
(співробітниками ДАІ, медичною установою або не проводилась)

Назва, адреса медичної установи _____

П.І.Б. лікаря який проводив перевірку на сп'яніння _____

Відомості про потерпілого

П.І.Б. _____

Дата народження _____ Ідентифікаційний номер _____

Адреса (повна) _____

надавалась медична допомога Так Ні

Назва, адреса медичної установи _____

П.І.Б. лікаря що проводив лікування _____

Наслідки події щодо фізичного стану потерпілого

Діагноз: _____

 Втрата працездатності _____ днів Лікування потерпілого Встановлення групи інвалідності I II III Смерть потерпілого

Підпис: _____

*Увага! При відсутності у Вас інформації, необхідної для відповіді на питання, обов'язково зазначте: "немає інформації" або "невідомо".
Якщо після відповіді залишаються вільні місця, поставте прочерк.*

Дані про іншого учасника ДТП (винна особа):

Транспортний засіб _____

(вказати марку, модель, реєстраційний №)

Пошкодження ТЗ іншого учасника (коротко): _____

Транспортним засобом керував _____

(П.І.Б.)

Водій перебував у стані _____

(тверезий або перебував у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння)

Поліс ОСЦПВВНТЗ № _____ СК _____

Документи, що підтверджують настання випадку:

Перелік	Оригінал	Копія	Аркушів
1. Поліс/Договір страхування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Паспорт/Свідоцтво про народження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Довідка про присвоєння ідентифікаційного номеру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Лист тимчасової втрати працездатності	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Виписка з картки амбулаторного, стаціонарного лікування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Довідка з медичного закладу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Висновок МСЕК (у разі інвалідності)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Свідоцтво про смерть (нотаріально завірена копія)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Протокол розтину, документи судово-медичної експертизи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Довідка про доходи за останній рік, до настання ДТП	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Фіскальні, товарні чеки/квитанції за препарати та послуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Реквізити для сплати страхового відшкодування	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Висновок лікаря із зазначенням необхідних для лікування ліків та процедур	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Акт виконаних робіт/схема-калькуляція із медичної установи із детальним зазначенням вартості ліків та послуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Додатково надаю документи _____

Чи отримували Ви (потерпіла особа або її представники) за цією подією відшкодування від винної особи (її представників), іншої страхової компанії _____

Чи подавали Ви (потерпіла особа або її представники) за цією подією заяву на відшкодування шкоди в іншу страхову компанію _____

Увага ознайомтесь з цією важливою інформацією!

Достовірність всієї інформації у даному повідомленні підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації Страховик має право відмовити у виплаті страхового відшкодування згідно з вимогами чинного законодавства.

Страховик окремим запитом, має право вимагати додаткові документи передбачені умовами чинного законодавства.

Зобов'язуюсь сприяти страховику в розслідуванні причин та обставин дорожньо-транспортної пригоди, а саме: повідомити страховика про всі відомі мені обставини та надати для огляду та копіювання наявні у мене документи щодо цієї дорожньо-транспортної пригоди протягом семи робочих днів з дня отримання мною відповідної інформації або документа.

Мені роз'яснено, що невиконання п.37.1.3, п 37.1.4. Закону України «Про ОСЦПВНТЗ» (невиконання потерпілим або особою що має право на отримання відшкодування своїх обов'язків, що призвело до неможливості встановлення факту ДТП, причин та обставин події або розмір заподіяної шкоди) є підставою для відмови в виплаті відшкодування.

Потерпілий Спадкоємець Опікун Представник

Документ, що засвідчує представництво _____

Надаю свою згоду на обробку персональних даних, наданих мною Страховику, та підтверджую, що мене повідомлено про мої права у відповідності до Закону України «Про захист персональних даних» №2297-VI від 01.06.2010 року.

“ _____ ” _____ 20__ року.

(підпис)

(П.І.Б.)