**Убыток №** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_­­\_\_ 2017 г.

**Заявление №** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_2017г.

**АО «Страховая Компания «ГАЙДЕ»**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ ВОЗМЕЩЕНИИ ИЛИ ПРЯМОМ ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ ПО ДОГОВОРУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЛАДЕЛЬЦЕВ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

|  |
| --- |
| 1. **Потерпевший (выгодоприобретатель, представитель выгодоприобретателя)** *(нужное подчеркнуть)*
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество\* физического лица)*[ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   *(дата рождения физического лица) (ИНН юридического лица)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(свидетельство о регистрации юридического лица либо документ, удостоверяющий личность физического лица) (серия) (номер)*Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(индекс) (государство, республика, край, область) (район)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ *(населенный пункт) (улица) (дом) (корпус) (квартира)*Телефон[ ] ([ ] [ ] [ ] )[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |
| 1. **Поврежденное имущество**
 |
| Собственник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(полное наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество\* физического лица)*[ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   *(дата рождения физического лица (ИНН юридического лица)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(свидетельство о регистрации юридического лица либо документ, удостоверяющий личность физического лица) (серия) (номер)*Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения о поврежденном транспортном средстве:Марка, модель транспортного средства [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Идентификационный номер транспортного средства [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Государственный регистрационный знак [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Год изготовления транспортного средства [ ] [ ] [ ] [ ] Документ о регистрации транспортного средства [ ]  ПТС [ ]  СТС Серия [ ] [ ] [ ] [ ] Номер [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Дата выдачи [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ] **Сведения об ином поврежденном имуществе**: Вид поврежденного имущества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(указать иное поврежденное имущество)*Вид и реквизиты документа, подтверждающего право собственности на поврежденное имущество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сведения о причинении вреда жизни/здоровью:Лицо, жизни / здоровью которого причинен вред\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество\* физического лица)* Характер и степень повреждения здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имеются ли дополнительные расходы на лечение, восстановление здоровья: [ ]  ДА / [ ]  НЕТИмеется ли утраченный заработок (доход): [ ]  ДА / [ ]  НЕТОтношение к погибшему лицу (степень родства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Сведения о страховом случае**
 |
| Дата и время страхового случая [ ] [ ] .[ ] [ ] .[ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ]  ч.[ ] [ ]  мин. Адрес места ДТП :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Водитель (виновник), управлявший транспортным средством, при использовании которого причинен вред: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество\* физического лица)* Обстоятельства страхового случая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Потерпевший (выгодоприобретатель, представитель выгодоприобретателя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.) (Подпись)* «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.*(дата заполнения заявления)* | **Страховщик (представитель страховщика)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.(дата получения заявления) |

|  |
| --- |
| 1. **Вариант страхового возмещения / прямого возмещения убытков**
 |
| **4.1 *Прошу осуществить страховое возмещение / прямое возмещение убытков*** *(нужное подчеркнуть)* ***по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств серия* [ ] [ ] [ ]  №**[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ***\*\****, ***выданному страховой организацией*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ***путем:*** *(наименование Страховой компании)* [ ] Организации и оплаты восстановительного ремонта поврежденного транспортного средства на станции технического обслуживания, **выбранной из предложенного страховщиком перечня**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование СТОА)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О дате передачи отремонтированного транспортного средства прошу проинформировать меня следующим способом (по телефону, почте, электронной почте) *(нужное подчеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **ИЛИ**[ ]  Путем оплаты стоимости восстановительного ремонта поврежденного транспортного средства станции технического обслуживания:Полное наименование [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  Адрес [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Платежные реквизиты:Банк получателя [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Счет получателя [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Корреспондентский счет[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] БИК[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] , ИНН [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Указание станции технического обслуживания не из предложенного страховщиком перечня возможно только в отношении легковых автомобилей, находящихся в собственности граждан и зарегистрированных в Российской Федерации, и при наличии согласия страховщика в письменной форме.**4.2 *Прошу осуществить страховую выплату в размере, определенном в соответствии с Федеральным законом от 25 апреля 2002 года № 40-ФЗ «ОБ обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств»:*** [ ]  - наличными**ИЛИ**[ ]  - перечислить безналичным расчетом по следующим реквизитам:

|  |  |
| --- | --- |
| *Получатель (Ф.И.О)* |  |
| *Расч. счет получателя (20зн.)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Наименование банка* |  |
| *Филиал /отделение* |  |
| *Кор. счет (20 знаков)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *БИК (9 знаков)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *ИНН (10 знаков)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Номер карты*  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Пункт 4.2. заполняется при осуществлении страховой выплаты в случае причинения вреда жизни или здоровью потерпевшего, а также при наличии условий, предусмотренных пунктом 161 статьи 12 Федерального закона от 25 апреля 2002 года №40—ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств». |

Согласен получать любые уведомления страховщика на мою электронную почту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_или посредством смс-сообщений по телефону: [ ] ([ ] [ ] [ ] )[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Потерпевший (выгодоприобретатель, представитель выгодоприобретателя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.) (Подпись)* «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.*(дата заполнения заявления)* | **Страховщик (представитель страховщика)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.(дата получения заявления) |

|  |
| --- |
| 1. **К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:**
 |
| **Документ** | **Копия (К) / заверенная копия (ЗК) / оригинал (О) - указать** | **Кол-во листов** |
| Документ, удостоверяющий личность  |  |  |
| Документ, удостоверяющий полномочия представителя выгодоприобретателя  |  |  |
| Банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты  |  |  |
| Документы подтверждающих право собственности на поврежденное имущество |  |  |
| Справка о дорожно-транспортном происшествии  |  |  |
| Водительское удостоверение |  |  |
| Извещение о дорожно-транспортном происшествии  |  |  |
| Протокол об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении  |  |  |
| Определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении  |  |  |
| **При причинении вреда имуществу** |
| Документы, подтверждающие право собственности на поврежденное имущество либо право на страховую выплату  |  |  |
| Заключение независимой экспертизы (оценки)  |  |  |
| Документы, подтверждающие оплату услуг эксперта-техника (оценщика)  |  |  |
| Документы, подтверждающие оказание и оплату услуг по эвакуации поврежденного имущества  |  |  |
| Документы, подтверждающие оказание и оплату услуг по хранению поврежденного имущества  |  |  |
| **При причинении вреда жизни / здоровью** |
| Документы, выданные и оформленные медицинской организацией с указанием характера полученных потерпевшим травм и увечий, диагноза и периода нетрудоспособности  |  |  |
| Заключение судебно-медицинской экспертизы о степени утраты общей или профессиональной трудоспособности  |  |  |
| Справка, подтверждающая факт установления инвалидности или категории «ребенок-инвалид»  |  |  |
| Справка станции скорой медицинской помощи об оказанной медицинской помощи на месте дорожно-транспортного происшествия  |  |  |
| Справка или иной документ о среднем месячном заработке (доходе), стипендии, пенсии, пособиях  |  |  |
| Заявление, содержащее сведения о членах семьи умершего потерпевшего  |  |  |
| Копия свидетельства о смерти  |  |  |
| Свидетельство о рождении ребенка (детей)  |  |  |
| Справка образовательной организации  |  |  |
| Заключение (справка медицинской организации, органа социального обеспечения) о необходимости постороннего ухода  |  |  |
| Справка органа социального обеспечения (медицинской организации, органа местного самоуправления, службы занятости) о том, что один из родителей, супруг либо другой член семьи погибшего не работает и занят уходом за его родственниками  |  |  |
| Свидетельство о заключении брака  |  |  |
| Документы, подтверждающие произведенные расходы на погребение  |  |  |
| Выписка из истории болезни  |  |  |
| Документы, подтверждающие оплату услуг медицинской организации  |  |  |
| Документы, подтверждающие оплату приобретенных лекарств  |  |  |
| **Иные документы** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Потерпевший (выгодоприобретатель, представитель выгодоприобретателя)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.) (Подпись)* «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.*(дата заполнения заявления)* | **Страховщик (представитель страховщика)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.(дата получения заявления) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |