**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 /  НЕТ  Имеется ли утраченный заработок (доход):  ДА /  НЕТ  Отношение 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) |

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

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