

**Заява-Повідомлення від Страхувальника
про настання дорожньо-транспортної пригоди за полісом ОСЦПВВНТЗ та про бажання
скористатися процедурою прямого врегулювання збитку**

Інформація про подію (ДТП)			
Повідомлення страхової компанії			
Дата повідомлення _____._____.____ р.		Час повідомлення ____ год. ____ хв.	
за номером ☐ 0-800-305-800		за номером ☐ 044-392-03-16	
		не повідомлялося ☐	
Оформлення події (ДТП)			
складання європротоколу ☐ або		звернення в Поліцію (102) ☐	
Дата повідомлення в Поліцію _____._____.____ р.		час ____.	
На кого складений адміністративний протокол _____			не складався ☐
(П.І.Б.)			
Чи визнаєте свою вину в даній ДТП		☐ так ☐ ні ☐ частково	
Чи вважаєте ви себе потерпілим* в даній ДТП		☐ так ☐ ні ☐ частково	
*Потерпілим в розумінні цього питання вважається особа, якій нанесено шкоду внаслідок порушення іншими учасниками ДТП Правил дорожнього руху, що і призвело до ДТП			
Інформація про Страхувальника ПрАТ "СК "ЕТАЛОН"			
Договір страхування (поліс ОСЦПВВНТЗ) №		від	
П.І.Б. Страхувальника _____		телефон: _____	
адреса _____			
ТЗ (марка, модель) _____		реєстраційний номер _____	
П.І.Б. водія _____		телефон: _____	
Чи використовувалось ТЗ винуватця на момент ДТП у якості "Таксі"		☐ Так ☐ Ні	
Відомості про другого учасника ДТП			
П.І.Б.	_____	Марка / модель ТЗ	_____
Телефон	_____	Реєстраційний №	_____
Договір страхування (поліс ОСЦПВВНТЗ) №		від	
Чи мав ТЗ на момент ДТП не усунені пошкодження, що не відносяться до даної події? ☐ ТАК ☐ НІ Якщо "ТАК", які? _____			
Попередня вартість ремонту вашого ТЗ _____ грн.			
Детальний опис події (ДТП)			
Вкажіть, будь ласка, причину події, ситуацію на дорозі, поведінку учасників руху, хто зафіксував обставини події, викликав поліцію, хто надав першу допомогу, буксирування і т. ін.			

ПЛАН-СХЕМА ДТП																	
(Будь ласка, якомога точніше намалуйте розташування автомобіля та будівель (із зазначенням їх назв), які були поруч із місцем події (відобразити положення інших ТЗ та вулиць, вкажіть назви вулиць).)																	
												<u>Позначення на схемі</u> А → ТЗ Страхувальника В → ТЗ 2-го учасника ДТП - - - > траекторія руху X місце зіткнення					
Перелік пошкоджень ТЗ (Позначте X пошкодження автомобіля)																	
ТЗ (винуватця) держ. Номер						Ваш (потерпілого) держ. Номер											
1 Чи звертався хтось із учасників ДТП до закладу охорони здоров'я (лікарні)?						TAK			NI								
2 Чи були присутні ознаки сп'яніння у винуватця ДТП?						TAK			NI								
3 Чи було отримане відшкодування від винуватця ДТП?						TAK			NI								
Пряме врегулювання збитку																	
Страхувальник / власник забезпеченого транспортного засобу бажає скористатися процедурою прямого врегулювання збитку												TAK			NI		
Страхувальник / власник забезпеченого транспортного засобу підтверджує що виконуються всі вимоги, що передбачені частиною 1 статті 19 Закону України "Про обов'язкове страхування цивільно-правової відповідальності власників наземних транспортних засобів" №3720 для процедури прямого врегулювання збитку												TAK			NI		
Страхувальник / власник забезпеченого транспортного засобу підтверджує що щодо забезпеченого транспортного засобу відсутності альтернативні договори страхування (КАСКО, страхування рухомого майна тощо)												TAK			NI		
Власник забезпеченого транспортного засобу						П.І.Б. / назва юр.особи Телефон											
Дата події: _____.____.20__ р. Час події: ____ год. ____ хв. Фото з місця події: ☐ TAK ☐ NI																	
Місце події (адреса) _____																	
Канал комунікації																	
Я надаю згоду на використання електронної пошти, що зазначена нижче, як офіційного каналу комунікації з питань врегулювання заявленого страхового випадку.																	
Повідомлення, документи та інші матеріали, надіслані Страховиком на зазначену адресу електронної пошти, вважаються наданими належним чином та отриманими мною з моменту їх надсилання																	
електронна пошта для комунікації щодо заявленого випадку (великими літерами):																	
Я проінформований (-а), що: На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних», підписанням цієї заяви Заявник надає свою згоду здійснювати Страховиком дії з персональними даними Страхувальника, які пов'язані зі збиранням, включенням до баз(и) персональних даних, обробкою, реєстрацією, накопиченням, зберіганням, адаптуванням, зміною, поновленням, використанням і поширенням, знеосібленням, знищенням, передачею третім особам.																	
Підпис Заявника події																	
П.І.Б. / Назва організації (для юр. осіб) _____ _____ .____.____.20__ р. дата підпис М.П.																	