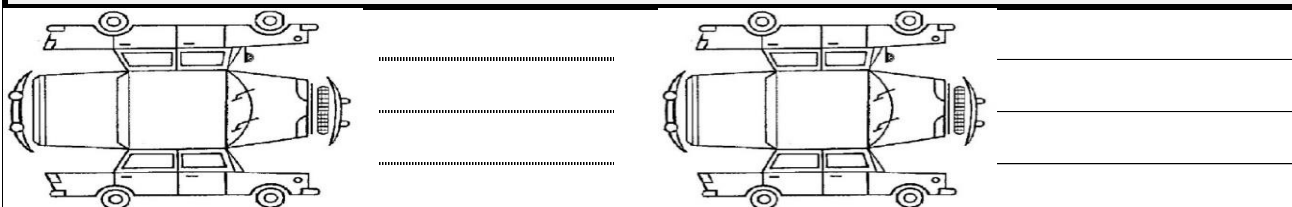


ПЛАН-СХЕМА ДТП

(Будь ласка, якомога точніше намалуйте розташування автомобіля та будівель (із зазначенням їх назв), які були поруч із місцем події (відобразіть положення інших ТЗ та вулиць, вкажіть назви вулиць).

															<i>Позначення на схемі</i>		
															A →		TЗ Страхувальника
															B →		TЗ потерпілого (заявника)
															- - - →		траєкторія руху
															X		місце зіткнення

Перелік пошкоджень ТЗ (Позначте X пошкодження автомобіля)



ТЗ Страхувальника (винуватця) держ. Номер	Інший учасник (ТЗ потерпілого) держ. Номер
1 Чи звертався хтось із учасників ДТП до закладу охорони здоров'я (лікарні)?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
2 Чи були присутні ознаки сп'яніння у винуватця ДТП?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
3 Чи було отримане відшкодування від винуватця ДТП?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>

Перелік документів, що додаються до повідомлення потерпілою стороною

Копія свідоцтва про реєстрацію транспортного засобу (тех. Паспорт)	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Копія посвідчення водія, який керував на момент ДТП	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Копія полісу ОСЦПВВНТЗ (потерпілого)	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Копія паспорта громадянина (-ки) України (власника ТЗ)	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Копія ідентифікаційного коду (власника ТЗ)	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Свідоцтво про смерть потерпілого	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Документи, що підтверджують витрати на поховання потерпілого/лікування	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.
Документи, що підтверджують перебування на утриманні потерпілого, його доходи за попередній (до настання дорожньо-транспортної пригоди) календарний рік, розміри пенсій, надані утриманцям внаслідок втрати годувальника	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>	_____ арк.

Я проінформований (-а), що:

1. 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, знеособленням, знищенням, передачею третім особам.

Підпис Заявника події

П.І.Б. / Назва організації (для юр. осіб) _____
 _____ .20__ р. _____ підпис _____ М.П. _____

Заяву прийняв

П.І.Б. / Назва _____
 Дата прийняття Повідомлення _____ .20__ р. _____ Підпис _____