|  |  |
| --- | --- |
| **Номер убытка** | «Совкомбанк страхование» (АО)  8-800-100-2-111  sovcomins.ru |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ ВОЗМЕЩЕНИИ УБЫТКОВ ПО ДОГОВОРУ ОСАГО**

|  |
| --- |
| 1. **Потерпевший** |
| Выгодоприобретатель  Представитель Выгодоприобретателя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество\* физического лица или полное наименование юридического лица)*  Дата рождения физ. лица ..г. ИНН юр. лица  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(документ, удостоверяющий личность физического лица (серия) (номер)*  *или Свидетельство о регистрации юридического лица)*  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(индекс) (государство, республика, край, область) (район)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  *(населенный пункт) (улица) (дом) (корпус) (квартира)*    Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Моб. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Получатель, если он отличается от Заявителя (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактные данные, Получателя: Моб. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные паспорта РФ или ИНН Получателя: Серия и номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **Поврежденное имущество** |
| Собственник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество\* физического лица или полное наименование юридического лица)*  Дата рождения физ. лица ..г. ИНН юр. лица  Адрес для \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корреспонденции  *(индекс) (государство, республика, край, область) (район)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  *(населенный пункт) (улица) (дом) (корпус) (квартира)*  ***Сведения о поврежденном транспортном средстве***  Марка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Модель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гос.рег.знак \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Год изготовления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификационный номер (VIN)  Номер кузова (при отсутствии VIN)  Документ о регистрации ТС  Паспорт ТС  Свидетельство о регистрации ТС  Паспорт самоходной машины  Серия  Номер  Дата выдачи ..г.  ***Сведения об ином поврежденном имуществе***  Вид поврежденного имущества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, подтверждающий право собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Реквизиты документа, подтверждающего право собственности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Сведения о причинении вреда жизни/здоровью***  Лицо, жизни/здоровью которого был причинен вред \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество\* физического лица)*  Характер и степень повреждения здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дополнительные расходы на лечение, восстановление здоровья:  Да  Нет  Утраченный заработок (доход):  Да  Нет  Отношение к погибшему лицу (степень родства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Сведения о страховом случае** |
| Дата ..г. Время :  Адрес места, где произошел страховой случай \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Если событие оформлено через моб. приложение РСА, укажите присвоенный номер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ТС причинителя вредя**: Марка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Модель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гос.рег.знак \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификационный номер (VIN)  Серия  Номер ОСАГО  Дата заключения ..г.  Водитель, управлявший транспортным средством,  при использовании которого причинен вред \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество\* физического лица)*  Обстоятельства страхового случая: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **4.1. Форма страхового возмещения – организация и оплата ремонта / оплата ремонта** |
| Прошу осуществить страховое возмещение убытков по договору обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств серия  номер , выданному страховой организацией «Совкомбанк страхование» (АО), путем:  **организации и оплаты восстановительного ремонта поврежденного транспортного средства на станции технического обслуживания**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование станции технического обслуживания)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(адрес станции технического обслуживания)*  О дате передачи отремонтированного транспортного средства прошу проинформировать:  по телефону  по почте  по электронной почте  или \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **путем оплаты стоимости восстановительного ремонта поврежденного транспортного средства станции технического обслуживания**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(полное наименование станции технического обслуживания)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(адрес станции технического обслуживания)*  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. Форма страхового возмещения – наличными / безналичный расчет** | | | | |
| 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:**  Наименование получателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк получателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер счета получателя:  Номер карты получателя:  Корреспондентский счет:  БИК:  КПП:  ИНН:  *Пункт 4.2. заполняется при осуществлении страховой выплаты в случае причинения вреда жизни или здоровью потерпевшего, а также при наличии условий, предусмотренных пунктом 16.1 статьи 12 Федерального закона от 25.04.2002г. № 40-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельцев транспортных средств».* | | | | |
| 1. **Прилагаемые к заявлению документы** | | | | |
| **Документ \*\*** (копия/заверенная копия/оригинал - указать) | копия | заверенная копия | оригинал | кол-во листов |
| Документ, удостоверяющий личность |  |  |  |  |
| Документ, удостоверяющий полномочия представителя выгодоприобретателя |  |  |  |  |
| Банковские реквизиты для перечисления страховой выплаты |  |  |  |  |
| Согласие органов опеки и попечительства |  |  |  |  |
| Справка о дорожно-транспортном происшествии |  |  |  |  |
| Извещение о дорожно-транспортном происшествии |  |  |  |  |
| Протокол об административном правонарушении, постановления по делу об административном правонарушении |  |  |  |  |
| Постановление/Определение об отказе в возбуждении дела об административном правонарушении |  |  |  |  |
| **При причинении вреда имуществу** | копия | заверенная копия | оригинал | кол-во листов |
| 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 оплату услуг по эвакуации поврежденного имущества |  |  |  |  |
| Документы, подтверждающие оплату услуг по хранению поврежденного имущества |  |  |  |  |
| **При причинении вреда жизни/здоровью** | копия | заверенная копия | оригинал | кол-во листов |
| 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 2-НДФЛ о среднем месячном заработке (доходе), или иной документ о размере 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** | копия | заверенная копия | оригинал | кол-во листов |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Я согласен предоставить повреждённое транспортное средство или его остатки для проведения осмотра и/или организации независимой технической экспертизы (оценки) в целях выяснения обстоятельств причинения вреда и определения размера подлежащих возмещению убытков.*

*Я согласен, что сроки восстановительного ремонта транспортного средства могут быть увеличены в связи с объективными обстоятельствами, в том числе технологией ремонта и наличием комплектующих изделий (деталей, узлов и агрегатов).*

*Я предупрежден, что за представление заведомо ложных сведений и (или) недействительных документов несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. В случае представления заведомо ложных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска, «Совкомбанк страхование» (АО) освобождается от обязательств по выплате страхового возмещения.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Потерпевший**  **(выгодоприобретатель, представитель выгодоприобретателя)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О.) (Подпись)*  «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г.  *М.П. для юр. лица* | **Заявление принял** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(должность)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О.) (Подпись)*  «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Отчество указывается при наличии.*

*\*\* Страховщику представляются только документы, предусмотренные Положением Банка России от 19 сентября 2014 года N 431-П «О правилах обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств».*