

Вх. № _____
від « _____ » _____ 202__ року

Повідомлення про випадок з транспортним засобом

Заявник (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))			
Адреса проживання			
Контактний номер телефону		E-mail (адреса електронної пошти) :	

Цим повідомляю про те, що з транспортним засобом, дані про який вказано нижче:

Відомості про транспортний засіб (надалі – ТЗ)				
Власник ТЗ (ПІБ, найменування та адреса)				
Марка, модель ТЗ		Рік випуску ТЗ		
Реєстраційний номер ТЗ		Номер шасі (кузова, рами) ТЗ		
Пробіг ТЗ, в тис. км.	<small>Обов'язково вказати</small>	Об'єм двигуна, в см ³	Колір ТЗ	

сталася наступна подія, яка може бути визнана страховою згідно з договором страхування

Договір страхування ПрАТ СК "ГРАВЕ УКРАЇНА" №, дата		
Поліс обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності		<small>вказіть назву СК, № полісу та дату</small>
№№ договорів з іншими Страховиками, якщо такі є, вкажіть їх найменування		

Відомості про подію

Дата події	Час	Місце події	
ТЗ керував, ПІБ			
В ТЗ знаходились, ПІБ			
Інші Учасники події (ПІБ, адреси, марка, реєстраційний номер транспортного засобу, телефони, інше)			
Обставини та опис події (опишіть якомога докладніше, у випадку нестачі місця – доповніть на окремому аркуші)			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

Зобразіть схему події, позначте свій ТЗ та інших учасників, напрямок руху, положення на початку маневру та в кінці

Винуватець події, на Вашу думку

У винуватця поліс страхування цивільної відповідальності Є **Немає** **Мені не відомо** (підкресліть потрібне)

Якщо Є

вказіть назву страхової компанії, № полісу ОСЦВ, дату видачі та термін дії

Внаслідок події транспортним засобом було отримано наступні пошкодження (опишіть докладно)

Пошкодження Вашого ТЗ

Пошкодження транспортних засобів інших учасників (опишіть докладно)

Потерпілі, назва медичного закладу, в який направлено:

Звернення

Уповноважений орган (Поліція, МВС, ДСНС, інші)	Повідомлення асистуючої компанії	Виїзд аварійного комісара	Чи проводились телефонні консультації з представниками Страховика	Медичне обстеження водія
<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
<u>Куди звертались:</u>	Час: Дата:	<u>П.І.Б. комісара:</u>	<u>П.І.Б. спеціаліста</u>	Дата: Час:

Додаткова інформація

Місцезнаходження пошкодженого транспортного засобу:

Я ознайомлений, що у випадку надання невірних, неповних або недостовірних відомостей про випадок, створенні перешкод Страховику або його представнику у розслідуванні обставин та визначенні розміру збитку, Страховик має право зменшити суму страхового відшкодування або відмовити у виплаті.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» заявник своїм підписом надає безвідкличну згоду на обробку страховиком/ МТСБУ його персональних даних з метою здійснення страхової діяльності.

.Заяву заповнив/ла:

ПІБ _____ Підпис _____ Дата _____

Особа, що прийняла заяву

ПІБ _____ Підпис _____ Дата _____