

Генеральному директору ЧАО «УАСК АСКА»

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес)

Договор № \_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

(по страхованию медицинских и иных экстренных затрат при поездках по Украине и за рубежом)

Ф.И.О. Застрахованного \_\_\_\_\_

Дата страхового случая «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Название государства \_\_\_\_\_

Вид страхового случая (внезапная болезнь, несчастный случай, смерть, другое указать) \_\_\_\_\_

Обстоятельства страхового случая \_\_\_\_\_

Дата обращения в лечебное учреждение «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Проведено: амбулаторное, стационарное лечение \_\_\_\_\_ дни

Предъявлена на оплату сумма: \_\_\_\_\_ название  
валюты \_\_\_\_\_

Обращались ли Вы в сервисную компанию

Smile Assistansce

Coris

Дата обращения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Не обращался (ась)

Номера телефонов, по которым обращались в ассистанскую компанию \_\_\_\_\_

Кому произвести страховую выплату: (Застрахованному, лечебному учреждению, другое указать) \_\_\_\_\_

Реквизиты для перечисления: в \_\_\_\_\_

город \_\_\_\_\_

наименование банка (№ сбербанка) \_\_\_\_\_

расчетный счет банка (сбербанка) \_\_\_\_\_

МФО \_\_\_\_\_ ОКПО \_\_\_\_\_ Р/счет за услуги банка \_\_\_\_\_

Идентификационный номер \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Перечень прилагаемых документов: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_



**0-800-501-501** (безплатно со стационарних телефонів по Україні)  
**4-5-6** (с мобільних, оплата согласно тарифного плану)  
**www.aska.com.ua**

Додаток 4 до Наказу 144 від 11.11.2015 р.

**Генеральному Директору  
ПрАТ «УАСК АСКА»  
Шукатко А.О.**

Вх. № \_\_\_\_\_

Від « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

№ звернення в КЦ:

## Повідомлення про дорожньо-транспортну пригоду потерпілої особи

1. інформація про заявника та потерпілої особи:			
П.І.Б., особи яка подає Повідомлення			
контактні телефони			
місце проживання/адреса листування			
П.І.Б., потерпілої особи, його контактні номери та місце знаходження (заповнюється якщо заявник не потерпіла особа):			
2. Поліс ОСЦПВ забезпеченого ТЗ:			
№ полісу		дата укладання	
3. Інформація про випадок:			
Дата випадку		год. хв.	Був виїзд аварійного комісара?
Місце настання випадку			
4. Внаслідок випадку було заподіяно шкоду:			
4.1. Інформація про пошкоджений ТЗ:		4.2. Інформація про пошкодження майна:	
власник (П.І.Б.)		власник (П.І.Б.)	
марка, модель		назва майна	
реєстраційний №		ідентифікація	
рік випуску		місце	
№ кузова		знаходження	
Перелік пошкоджень завданих майну:			
4.3. Заподіяно шкоду життю та/або здоров'ю:			
П.І.Б., особи			
характер ушкоджень			
5. Документ, що підтверджує настання випадку:			
Довідка ДАІ		Рішення суду	Європротокол
6. Пошкоджене майно застраховано:			
За полісом ОСЦПВ:		Так	№ полісу, назва СК:
За договором КАСКО:		Так	№ договору, назва СК:
7. Власник та/або його представник звертались з повідомленням та/або заявою на виплату до іншої Страхової компанії по данному випадку?			
Так		Якщо Так - куди та коли?	
8. Чи були попередні пошкодження ТЗ та/або майна потерпілого до даної пригоди?			
Якщо Так - коли та які деталі було пошкоджено:			
9. Шкода заподіяна з вини (особа, яка відповідальна за настання випадку на думку заявника):			
П.І.Б., водія			
місце проживання			
контактні телефони		Водій забезпеченого ТЗ був тверезий?	Так
			Ні

Увага! При відсутності інформації, необхідної для заповнення графи, необхідно поставити прочерк.

**10. Ідентифікаційні ознаки ТЗ яким керувала винна особа:**

марка, модель	
реєстраційний №	
перелік пошкоджень	

**11. Широке ПОЯСНЕННЯ щодо випадку який має ознаки страхового:**


Надання пояснення щодо випадку є обов'язковим!

12. ПЛАН-СХЕМА ДТП														Позначення на схемі:	
															ТЗ страховальника перед ДТП
															ТЗ другого учасника перед ДТП
															Інші учасники ДТП
															ТЗ страховальника після ДТП
															ТЗ другого учасника після ДТП
															Траєкторія руху ТЗ
															Місце зіткнення (наїзду)

Складання План-схеми є обов'язковим!

<b>12. Пошкоджений ТЗ на ходу?</b>		<b>Та знаходиться за адресою:</b>	

**13. Інформація про розрахунки, здійснені між учасниками випадку:**

Так	Якщо Так - коли та у якому розмірі?	Ні

**14. Документи, що додаються до цього Повідомлення:**

1	копія паспорту	6
2	копія довідки ІПН	7
3	копія свідоцтва про реєстрацію ТЗ	8
4	копія посвідчення водія	9
5	первинна Довідка ДАІ	###

Достовірність всієї інформації в цьому Повідомленні підтверджую. Попереджений, що в разі надання неправдивої інформації, у виплаті страхового відшкодування може бути відмовлено відповідно до чинного законодавства. В разі встановлення відсутності вини особи, цивільно-правова відповідальність якої застрахована за полісом ОСЦПВВНТЗ в ПрАТ «УАСК АСКА», зобов'язуюсь повернути ПрАТ «УАСК АСКА» отримане страхове відшкодування протягом 10 (десяти) робочих днів з дня отримання відповідної вимоги.

Я, що нижче підписався, надаю згоду на використання та обробку персональних даних з метою виконання умов страхування.

посада (для юридичної особи)		дата	
П.І.Б.		підпис (печатка)	

Повноту заповнення повідомлення про дорожньо-транспортну пригоду потерпілої особи перевірено.

Повідомлення прийняв працівник ЦО в м. _____,	дата	
П.І.Б.	підпис	

Увага! При відсутності інформації, необхідної для заповнення графи, необхідно поставити прочерк.



Генеральному директору  
ПрАТ «УАСК АСКА»  
Шукатко А.О.

\_\_\_\_\_ (П.І.Б./найменування заявника)

\_\_\_\_\_ (адреса, телефон)

№ справи \_\_\_\_\_

№ договору \_\_\_\_\_

Строк дії договору з «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_р.

**ЗАЯВА**

**ПРО ШКОДУ ТРАНСПОРТНОМУ ЗАСОБУ**

(Бланк необхідно заповнити точно та розбірливо)

1. Страхувальник \_\_\_\_\_  
Адреса, телефон \_\_\_\_\_

2. Дані  
транспортного  
засобу (ТЗ)

Марка _____	Тип кузова: легковий вантажний	Реєстраційний № _____	Рік випуску _____
Модель _____			
№ шасі або кузова _____		Пробіг ТЗ _____	Номер св-ва про реєстрацію ТЗ _____

3. Чи використався транспортний засіб з відома власника? (№ довіреності, договору оренди, шляхового листа) \_\_\_\_\_

(вказіть номер та тип документу)

4. Дані про водія П.І.Б. \_\_\_\_\_  
Адреса \_\_\_\_\_  
транспортного № та категорія чинних водійських прав \_\_\_\_\_  
засобу видані (ким?, коли?) \_\_\_\_\_  
Чи був водій тверезим під час ДТП? \_\_\_\_ так; \_\_\_\_ ні;

5. Чи мав транспортний засіб пошкодження до страхового випадку, якщо так, то які? \_\_\_\_\_

6. Дата, час, місце страхового випадку \_\_\_\_\_

7. Детальний опис події (причини та обставини) \_\_\_\_\_

8. Перелік пошкоджених частин транспортного засобу \_\_\_\_\_

9. Чи було повідомлено компетентний орган про подію, якщо так, то зазначити відповідний орган та дату повідомлення \_\_\_\_\_

10. На кого з учасників ДТПі було складено протокол про адміністративне правопорушення? \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_р. \_\_\_\_\_ (підпис) МП \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

11. Де знаходиться пошкоджений транспортний засіб \_\_\_\_\_  
(вказіть місце розташування (гараж, стоянка та ін.) та адресу розміщення)

12. Чи застрахований транспортний засіб в іншій компанії? \_\_\_\_\_

Страхова компанія \_\_\_\_\_

№ поліса \_\_\_\_\_

13. Кількість транспортних засобів, що приймали участь у ДТП \_\_\_\_\_

14. Дані про транспортний засіб другого учасника ДТП:

а) власник \_\_\_\_\_

б) адреса \_\_\_\_\_

в) марка транспортного засобу \_\_\_\_\_

г) держ. рег. № \_\_\_\_\_

д) П.І.Б. водія транспортного засобу \_\_\_\_\_

е) адреса \_\_\_\_\_

ж) чи був водій тверезим під час ДТП? \_\_\_\_\_ так; \_\_\_\_\_ ні;

з) де застрахована цивільна відповідальність винуватця (компанія, № полісу) \_\_\_\_\_

15. Я заявляю, що відомості, викладені в цій заяві, є правдивими, та ніяка істотна інформація не була прихована чи перекручена \_\_\_\_\_

(підпис)

Суму страхового відшкодування прошу перерахувати (сплатити) \_\_\_\_\_

(вказати спосіб та реквізити для перерахування / виплати страхового відшкодування)

Пошкоджений автомобіль зобов'язуюсь надати для огляду о \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ хв.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р. за адресою \_\_\_\_\_

16. Чи повідомляли про подію з місця ДТП до Центру сервісної підтримки (позначити знаком «V»)

\_\_\_\_ Так \_\_\_\_\_ (№ повідомлення)

\_\_\_\_ Ні \_\_\_\_\_

(з якої причини не повідомили або повідомили не з місця події)

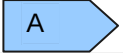


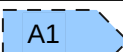
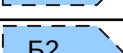


Канал для одержання інформації про врегулювання збитку (позначити знаком «V»):

sms-повідомлення на тел. номер: \_\_\_\_\_

електронною поштою на адресу: \_\_\_\_\_

## ПЛАН-СХЕМА ДТП

## Позначення на схемі:

																						ТЗ страхувальника перед ДТП	
																							ТЗ другого учасника перед ДТП
																							інші учасники ДТП
																							ТЗ страхувальника після ДТП
																							ТЗ другого учасника після ДТП
																							Траекторія руху ТЗ
																							Місце зіткнення (наїзду)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_

(підпис) МП

(П.І.Б.)