|  |  |
| --- | --- |
|  | **В страховую компанию** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**АО «СОГАЗ»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование Страховой компании, в которую подается заявление)*  **от выгодоприобретателя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Фамилия Имя Отчество)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Серия, номер, дата выдачи паспорта или иного документа удостоверяющего личность выгодоприобретателя)*  **Адрес** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(индекс и адрес места жительства выгодоприобретателя, контактный телефон; e-mail)*  **Доверенное лицо (Заявитель)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Фамилия Имя Отчество)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Данные паспорта или иного документа удостоверяющие личность, документы, подтверждающие право представлять интересы потерпевшего)*  **Адрес** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(индекс, адрес места жительств доверителя, контактный телефон; e-mail)* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о страховой выплате

(заполняется Потерпевшим – физическим лицом)

**1.** Прошу, на основании ст. 8 Федерального закона от 27.07.2010 №225-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте», осуществитьвыплату в связи с причинением вреда в результате аварии на опасном объекте [*поставить галочку*]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1.** | *□* | *жизни* |
| **1.2.** | *□* | *здоровью* |
| **1.3.** | *□* | *Имуществу* |
| **1.4.** | *□* | *понесенными расходами в связи с нарушением условий жизнедеятельности* |
| **1.5.** | *□* | *понесенными расходами на погребение* |

**2. Потерпевший (при совпадении с Заявителем указать: «*Заявитель*»):**

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

*(Фамилия Имя Отчество)*

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

*(Данные паспорта или иного документа удостоверяющие личность потерпевшего)*

**является работником Страхователя** [*нужное подчеркнуть*]**: ДА / НЕТ**

**3. Информация об аварии на опасном объекте** [*указать всю известную заявителю информацию*]**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1.** | ***Дата аварии причинения вреда жизни, здоровью или имуществу потерпевшего*** |  |
| **3.2.** | ***Краткое описание аварии и обстоятельств причинения вреда жизни, здоровью или имуществу потерпевшего*** |  |
| **3.3.** | ***Адрес места аварии причинения вреда жизни, здоровью или имуществу потерпевшего*** |  |
| **3.4.** | ***Степень и характер причиненного вреда жизни, здоровью или имуществу потерпевшего*** |  |

Перечень поврежденного/утраченного имущества, расходов, понесенных в связи с нарушением условий жизнедеятельности или расходов на погребение потерпевшего указан в Приложении

**4. Информация об опасном объекте и его владельце** [*указать всю известную заявителю информацию*]**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.1.** | ***Вид опасного объекта***  ***[нужное подчеркнуть]*** | опасный производственный объект / гидротехническое сооружение / АЗС |
| **4.2.** | ***Наименование опасного объекта*** |  |
| **4.3.** | ***Адрес места нахождения опасного объекта*** |  |
| **4.4.** | ***Владелец опасного объекта*** |  |

**5. О произошедшем событии заявлено в/(не заявлялось)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа УВД, МЧС, административного органа)

**6. Обращались ли за возмещением до обращения к страховщику** [*нужное подчеркнуть*]**: ДА / НЕТ**

Если обращались - укажите куда и результат обращения:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Организация*** | | ***Результат / текущий статус обращения*** | ***Размер полученного возмещения*** |
| **6.1.** | ***Причинитель вреда*** |  |  |
| **6.2.** | ***Суд*** |  |  |

**7. Размер заявленного к возмещению вреда составляет:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_ коп.

( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_копеек)

(*сумма прописью)*

При расчете заявленного ущерба учитывались расходы, указанные в Приложении.

**8. Поврежденное имущество застраховано в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование страховой компании)

**по договору страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. /не застраховано** [*подчеркнуть, если не застраховано*]

**9. Перечень приложенных к заявлению документов указан в Приложении.**

**10. Страховую выплату прошу произвести по следующим реквизитам:**

**Указывать все реквизиты обязательно!**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Получатель (Ф.И.О.)*** |  |
| ***Расчетный (лицевой) счет получателя*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***Наименование банка (отделения)*** |  |
| ***ИНН банка / БИК банка*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***Корреспондентский счет банка*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***Расчетный счет банка (если указан)*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Все сведения, сообщенные мною в данном заявлении, являются полными и достоверными. Я предупрежден(-а) о том, что недостоверность сообщенных мною сведений может повлечь невозможность осуществления страховой выплаты. Не возражаю и согласен(-сна) на обработку моих персональных данных Страховщиком и НССО любым способом, не противоречащим требованиям Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных». Об ответственности (включая уголовную) за предоставление заведомо ложных сведений по заявленному событию, имеющему признаки страхового, предупрежден(-а). С перечнем документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, ознакомлен(-а).

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

(*Фамилия И.О.)* (*Подпись)*

**заполняется представителем страховщика на экземпляре заявителя**

Заявлениена страховую выплату, приложения к нему, документы, указанные в Перечне получены «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

По результатам рассмотрения представленных документов, в случае их недостаточности/неполноты/ненадлежащего оформления у Вас могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для принятия решения по Вашему заявлению, в соответствии с Положением о правилах обязательного страхования гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте", утвержденным Банком России 28.12.2016 г. № 574-П.

Представитель страховщика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(*Подпись)* (*Фамилия И.О.)*

***Приложение***

*к Заявлению на страховую выплату*

**Перечень прилагаемых документов**

| **№ п/п** | **Наименование документа** | ***Дата и номер документа*** | **Организация, выдавшая документ** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

(*Фамилия И.О.)* (*Подпись)*

***Приложение***

*к Заявлению на страховую выплату*

*в связи с причинением вреда имуществу потерпевшего/*

*понесенными им расходами в связи с нарушением*

*условий жизнедеятельности/расходами на погребение*

**Перечень поврежденного/утраченного имущества и расходов в связи с нарушением условий жизнедеятельности/на погребение**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№ п/п*** | ***Наименование имущества/расходов в связи с нарушением условий жизнедеятельности/расходов на погребение*** | ***Размер***  ***ущерба/расходов, руб.*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Итого размер причиненного ущерба/расходов |  |

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

(*Фамилия И.О.)* (*Подпись)*