**В страховую компанию**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(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)*

**Доверенное лицо (Заявитель)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия Имя Отчество)*

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

*(почтовый адрес для доставки корреспонденции; контактный телефон; e-mail; реквизиты доверенности)*

**Заявление о выплате страхового возмещения в связи с причинением вреда жизни, здоровью или имуществу потерпевшего**

Настоящим заявляю, что пассажиру (потерпевшему) при перевозке был причинен вред:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Отметить необходимое, проставив галочку(и):* |  | жизни |
|  | здоровью |
|  | имуществу |

На основании ст.13 и ст.14 Федерального закона от 14.06.2012 №67-ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности перевозчика за причинение вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров и о порядке возмещения такого вреда, причиненного при перевозках пассажиров метрополитеном», прошу осуществить страховую выплату в связи с причинением вреда пассажиру (потерпевшему) при перевозке

**1.** **Потерпевший**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия Имя Отчество)*

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

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

**2.** **Информация о событии, перевозчике и договоре обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. | *Дата, время события* |  |
| 2.2. | *Место наступления события* |  |
| 2.3. | *Вид транспорта* |  |
| 2.4. | *Номер рейса/маршрута* |  |
| 2.5. | *Идентификатор ТС*  *(гос. рег. знак и т.п.)* |  |
| 2.6 | *Наименование перевозчика* |  |
| 2.7. | *Серия и номер договора обязательного страхования* |  |
| 2.8. | *Страховщик по договору обязательного страхования* |  |

**3. Размер заявленного к возмещению ущерба**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

При расчете заявленного ущерба учитывались расходы, указанные в Приложении к настоящему Заявлению *[Приложение заполняется при условии, что вред причинен здоровью или имуществу, а размер фактического вреда превышает размер фиксированной выплаты, предусмотренной 67-ФЗ, а также в случае нескольких выгодоприобретателей и наличия расходов на погребение потерпевшего]*

**4.** **Сведения о других выгодоприобретателях** *[при причинении вреда жизни потерпевшего]*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Нет* |  |  | Не известно |  | Есть *(перечислить ниже)*: |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

*(Фамилия И.О.; основание для признания выгодоприобретателем)*

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

|  |  |
| --- | --- |
| Получатель |  |
| ИНН/КПП (для юр. лиц) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Расчетный (лицевой)  счет получателя | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Наименование банка (отделения) |  |
| ИНН банка / БИК банка | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Корреспондентский  счет банка | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Расчетный счет банка  (если указан) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Указывать все реквизиты обязательно!**

*Я предупрежден(а) о том, что недостоверность сообщенных мною сведений и (или) недействительность представленных документов может повлечь невозможность осуществления страховой выплаты. Не возражаю и согласен(-сна) на обработку моих персональных данных Страховщиками 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) (дата)*

Я **предупрежден(а)** о том, что представленный мною комплект документов не соответствует требованиям, установленным Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении Перечня документов для получения страхового возмещения и предварительной выплаты по договору обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика за причинение вреда жизни, здоровью, имуществу пассажиров, и порядка оформления таких документов», но **настаиваю** на принятии решения по заявленному событию на основании представленного комплекта документов.

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

*(Фамилия И.О.) (Подпись) (дата)*

***(заполняется только в случае, указанном в тексте!)***

**Заявление принял:**

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

*(должность) (Ф.И.О.) (Подпись)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.