



Мы были извещены о страховом случае и просим Вас заполнить, точно и полностью, этот отчет и незамедлительно выслать его нам. Внимательно заполняя его, Вы устраняете необходимость задавать Вам дополнительные вопросы и позволяете ускорить претензионную работу. Страхователь (или Выгодоприобретатель) обязан заполнить данный документ, указав полную и достоверную информацию, после чего незамедлительно выслать его обратно. Любое намеренное искажение информации или неполное ее упоминание приведут к недействительности требования о выплате страхового возмещения, даже если такая информация не наносит ущерб страховой компании.

С уважением,
Страховая компания

АКТ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ В СВЯЗИ С ТРЕБОВАНИЕМ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Страховой полис № _____
Требование о выплате страхового возмещения № _____

1.1	Ф.И.О. потерпевшего	1.1
1.2	Адрес: Телефон:	1.2
1.3	Дата рождения:	1.3
1.4	Профессия/фактический род занятий:	1.4
1.5	Характер выполняемой работы: а) руководящая работа в компании б) работа в офисе – командировочные поездки не более 120 дней в год в) работа, связанная с разъездами – командировочные поездки более 120 дней в год г) физический труд	1.5 а) Да Нет б) Да Нет в) Да Нет г) Да Нет
2.1	Когда произошел несчастный случай? (число и время суток)	2.1
2.2	Где? (точное описание места: населенный пункт, улица и т.д.)	2.2
2.3	Опишите, как произошел несчастный случай	
2.4	Употреблял ли потерпевший алкогольные напитки до наступления несчастного случая? При положительном ответе укажите какие именно и в каком количестве Был ли сделан анализ крови? Да Нет Результаты	
3.1	Имеются ли свидетели происшествия? (Ф.И.О. и точный адрес)	3.1

3.2	Кто первым видел потерпевшего?	3.2
3.3	Имеется ли милицейский протокол по факту происшествия? (укажите номер протокола и отделение милиции)	3.3
4.1	Врач/больница, куда потерпевший обращался за помощью по поводу происшествия (Ф.И.О./название больницы и адрес)	4.1
4.2	Когда была оказана медицинская помощь? (дата и время)	4.2
4.3	Предписания врача	4.3
5.1	Местонахождение потерпевшего в настоящее время	5.1
5.2	Какие повреждения получил потерпевший?	5.2
5.3	Амбулаторное лечение с до	5.3
5.4	Где и в течение какого времени потерпевший находился на стационарном лечении в связи с повреждениями, полученными в результате несчастного случая? (точный адрес)	5.4
5.5	Был ли потерпевший полностью здоров до происшествия или имел заболевание (какое)?	5.5
5.6	До происшествия: Отсутствовали ли у потерпевшего какие либо конечности? Имел ли он группу инвалидности?	5.6
6.	Заполняется только в случае ДТП и если потерпевший находился в машине	
6.1	а) государственный номер транспортного средства: б) цель поездки (деловая или личная):	6.1 а) б)
6.2	а) кто вел транспортное средство? б) имело ли это лицо водительские права? в) являлось ли это лицо профессиональным водителем или личным шофером?	6.2 а) б) в)

6.3	Сколько всего лиц находилось в транспортном средстве?	6.3
6.4	Укажите Ф.И.О. и адреса всех пассажиров: Кто находился на каком месте – впереди/сзади – с застегнутыми ремнями безопасности или нет?	6.4
7.1	Является ли потерпевший застрахованным также по договорам страхования от несчастных случаев, выданным другой страховой компанией? (название страховой компании, номер страхового полиса, срок страхования)	7.1
7.2	Имел ли потерпевший ранее договор страхования от несчастных случаев и в какой компании он был выдан?	7.2
7.3	Получал ли когда-нибудь потерпевший возмещение убытков, наступивших в результате несчастного случая? От кого? Когда? № документа?	7.3
7.4	Имели ли когда-нибудь место отказ или отсрочка в приеме потерпевшего на страхование (при подаче заявления на страхование жизни или от несчастного случая? Когда? Укажите название компании	7.4
7.5	В какое из вышеуказанных учреждений уже было заявлено о страховом случае? Когда?	7.5
8.1	Имеется ли у потерпевшего полис медицинского страхования? Какой страховой компании?	8.1
8.2	Обращались ли Вы в эту страховую компанию в связи с несчастным случаем?	8.2

9. Особые отметки:

Я прямо подтверждаю, что отвечал правдиво на все вопросы, указанные выше.

Настоящим я освобождаю всех лечивших и лечащих меня врачей, а также тех, кто будут моими лечащими врачами, от обязанности конфиденциальности в отношении страховой компании, даже в случае моей смерти.

Я разрешаю другим страховым компаниям, страховым учреждениям и органам власти предоставлять данной компании всю необходимую информацию.

Адрес заявителя претензии _____

Идентификационный код Выгодоприобретателя _____

Банковские реквизиты Выгодоприобретателя _____

Место и число _____ « ____ » _____ 200__ г.

Подпись застрахованного _____

Подпись страхователя _____