



## Заявление о компенсационной выплате в связи с причинением вреда жизни, здоровью или имуществу пассажира

№ \_\_\_\_\_

*(заполняется работником НССО)*

### 1. Выгодоприобретатель/представитель Выгодоприобретателя:

*(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия Имя Отчество)*

\_\_\_\_\_  
*(наименование, серия, номер документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя, наименование и номер подразделения, выдавшего документ)*

\_\_\_\_\_  
*(наименование и номер документа, подтверждающего право Выгодоприобретателя представлять интересы Потерпевшего – заполняется при необходимости)*

Индекс и адрес:       \_\_\_\_\_

*(индекс и адрес фактического проживания для направления корреспонденции)*

телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
*(рабочий, домашний, мобильный – нужное подчеркнуть)*

**прошу осуществить компенсационную выплату** на основании ст. 23 Федерального закона от 14 июня 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» **по причине** [отметить соответствующий пункт]:

- принятие арбитражным судом решения о признании страховщика банкротом и об открытии конкурсного производства в соответствии с законодательством о несостоятельности (банкротстве)
- отзыва у страховщика лицензии на осуществление обязательного страхования

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

*Отметить необходимое, проставив галочку:*

- жизни  
 здоровью  
 имуществу

### 2. Потерпевший [заполнять, если отличается от Выгодоприобретателя]:

\_\_\_\_\_  
*(Фамилия Имя Отчество)*

\_\_\_\_\_  
*(наименование, серия, номер документа, удостоверяющего личность Потерпевшего, наименование и номер подразделения, выдавшего документ)*

### 3. Информация о событии, перевозчике и договоре обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика [указать всю известную заявителю информацию]:

3.1.	Дата события	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>	Время события	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<small>дата</small>	<small>месяц</small>	<small>год</small>		<small>часы</small>	<small>минуты</small>
3.2.	Адрес (место) наступления события	_____					
3.3.	Вид транспорта <i>[отметить соответствующий пункт или заполнить иной вид транспорта]</i>	Автобусные перевозки	Городской наземный электрический транспорт	Железнодорожный транспорт	Водный транспорт		
		<input type="checkbox"/> автобусные перевозки (междугородные и международные)	<input type="checkbox"/> Троллейбус	<input type="checkbox"/> Поезд дальнего следования	<input type="checkbox"/> Морской транспорт		
		<input type="checkbox"/> автобусные перевозки (пригородные);					
		<input type="checkbox"/> автобусные перевозки (по заказам или с посадкой и высадкой в любом не запрещенном ПДД месте);	<input type="checkbox"/> Трамвай	<input type="checkbox"/> Пригородный поезд	<input type="checkbox"/> Внутренний водный транспорт		
		<input type="checkbox"/> автобусные перевозки (с посадкой и высадкой только на остановках);					
	Иной вид транспорта [указать]:	_____					

3.4.	Номер рейса/маршрута/поезда	
3.5.	Сведения о транспорте (гос.рег.знак, номер вагона и т.п.)	
3.6.	Наименование перевозчика	
3.7.	Номер договора страхования	
3.8.	Наименование страховщика	

**4. Обращались ли за возмещением до обращения в НССО [нужное подчеркнуть]:**    **ДА / НЕТ**

Если обращались – укажите куда, и результат обращения:

	Организация	Результат / текущий статус обращения	Размер полученного возмещения, руб.
4.1.	Перевозчик		
4.2.	Страховщик ОСП		
4.3.	Иной страховщик		
4.4.	Суд		

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

Нет                       Не известно                       Есть [перечислить ниже]:

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

**6. Компенсационную выплату прошу произвести по следующим реквизитам:**

Получатель (фамилия, имя, отчество)	
ИНН/КПП (для ИП)	
Наименование банка (отделения)	
Расчетный (лицевой) счет получателя	
ИНН банка / БИК банка	
Корреспондентский счет банка	
Расчетный счет банка (если указан)	

**Указывать все реквизиты обязательно!**

Все сведения, указанные мною в настоящем заявлении, являются полными и достоверными.

Согласен(-сна) на обработку НССО моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в иных документах, предоставляемых в НССО для рассмотрения настоящего заявления, а именно на совершение НССО действий, предусмотренных частью 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», любым не противоречащим требованиям законодательства Российской Федерации способом с использованием и без использования средств автоматизации. Обработка моих персональных данных может осуществляться в любых целях, связанных с рассмотрением настоящего заявления, направлением запросов для получения сведений и/или документов, необходимых для осуществления компенсационной выплаты, принятием решения о компенсационной выплате, осуществлением компенсационной выплаты и/или взысканием сумм компенсационных выплат. Настоящее согласие на обработку персональных данных действует бессрочно с даты подписания настоящего заявления и может быть мной отозвано путем направления письменного заявления в адрес НССО по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю НССО.

Я предупрежден(-а) о том, что недостоверность сообщенных мною сведений, а также несогласие/отзыв согласия на обработку моих персональных данных может повлечь невозможность осуществления компенсационной выплаты. С правилами осуществления компенсационных выплат согласен(-сна).

Об ответственности (включая уголовную) за предоставление заведомо ложных сведений по заявленному событию, имеющему признаки страхового, предупрежден(-а). С перечнем документов, необходимых для осуществления компенсационной выплаты, ознакомлен(-а).

**Выгодоприобретатель/представитель Выгодоприобретателя:** \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(Подпись) (дата)

заполняется представителем НССО

**Заявление принял** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(Фамилия И.О.) (Подпись) (дата)