*Указывается полное наименование страховщика*

адрес: *адрес пункта урегулирования убытков*,

от *полное Ф.И.О. заявителя (потерпевшего)*

адрес: *адрес проживания или почтовый адрес*,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Претензия

о возмещении страховщиком вреда,

причиненного здоровью в результате ДТП

В результате дорожно-транспортного происшествия, произошедшего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(республика, край, область, район, населенный пункт, улица, дом)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут с участием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(перечень, модели, госномера, водители ТС, наименования страховых компаний, серии, номера страховых полисов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_был причинен вред в форме

 (Ф.И.О. потерпевшего)

причинения вреда здоровью, а именно: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указываются травмы и повреждения, причиненные в результате ДТП)

что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (медицинские документы, заключения, подтверждающие вред здоровью)

Причинителем вреда признан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. причинителя вреда)

что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (постановление по делу об адм.правонарушении / приговор суда)

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. я обратился (обратилась) с заявлением о страховом возмещении. Но выплата была произведена не в полном объеме (в выплате страхового возмещения отказано).

Согласно п. 4 ст. 931 Гражданского кодекса Российской Федерации в случае, когда ответственность за причинение вреда застрахована в силу того, что ее страхование обязательно, а также в других случаях, предусмотренных законом или договором страхования такой ответственности, лицо, в пользу которого считается заключенным договор страхования, вправе предъявить непосредственно страховщику требование о возмещении вреда в пределах страховой суммы.

На основании вышеизложенного и руководствуясь п. 4 ст. 931 Гражданского кодекса Российской Федерации, просьба возместить вред, причиненный здоровью в размере \_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в течение 10 дней с момента получения претензии.

Страховую выплату прошу произвести в безналичной форме по банковским реквизитам:

ИНН

КПП

Расчетный счет

Наименование банка

Корреспондентский счет

БИК

ОКАТО

 Приложения:

1. Копия паспорта,
2. Документы, подтверждающие обстоятельства ДТП;
3. Документы, подтверждающие виновность лица;
4. Медицинские документы, подтверждающие обоснованность заявленных требований.

 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Заявитель (представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (Ф.И.О.)