

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА КОМПЕНСАЦИЮ Дорожное страхование

Просим заполнять печатными буквами

### ПОСТРАДАВШИЙ

Номер дела об ущербе (заполняет страховщик)

Имя и фамилия \_\_\_\_\_ Личный код \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_ Эл. почта \_\_\_\_\_  
Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

### ВРЕМЯ, МЕСТО И УЧАСТНИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ (имена, транспортные средства и их рег. номера).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Расследование обстоятельств дорожно-транспортного происшествия проходит в \_\_\_\_\_ префектуре полиции.

Номер уголовного дела \_\_\_\_\_ Имя, фамилия следователя, тел. \_\_\_\_\_

Пострадавший являлся в дорожно-транспортном происшествии  водителем  пассажиром  пешеходом  велосипедистом  
 иное \_\_\_\_\_

Нанесенный данным дорожно-транспортным происшествием пострадавшему ущерб компенсирован \_\_\_\_\_

(В каком размере? От кого? Например, компенсации по временной нетрудоспособности, которые выплатили Eesti Haigekassa и работодатель.  
Пожалуйста, добавьте соответствующие свидетельства/справки.)

### ВСЛЕДСТВИЕ ДТП. НАНЕСЕНЫ ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Приложить справку от врача в отношении диагноза и назначенного лечения (в т.ч. процедур и лекарств) или попросить врача заполнить форму медицинской карты, приложенную к ходатайству о компенсации.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лечение проводилось \_\_\_\_\_  
(Наименование лечебного учреждения)

Имя, фамилия семейного врача/лечащего врача \_\_\_\_\_

### СВЯЗАННЫЕ С ЛЕЧЕНИЕМ РАСХОДЫ

Медикаменты, медицинские вспомогательные средства, платные медицинские услуги и т.д. - приложить письменное показание семейного врача/лечащего врача и подтверждающие расходы документы. Транспорт в лечебные учреждения - при использовании общественного транспорта приложить расходные документы и уточнить: куда, когда и зачем ехали; при использовании частного транспортного средства отметить в дополнение к вышеуказанному также продолжительность дороги.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**УМЕНЬШЕНИЕ ДОХОДА В СВЯЗИ С НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ, ВОЗНИКШЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ УЩЕРБА ОТ ДТП**

Приложить документы, удостоверяющие облагаемые социальным налогом доходы за 12 календарных месяцев, предшествовавших дорожно-транспортному происшествию (NB! месяц, когда произошло дорожно-транспортное происшествие, в расчет не идет), в случае ПФЛ - копию декларации доходов за последние 2 календарных года с подтверждением Налогового департамента и копию листка нетрудоспособности.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ПОВРЕЖДЕНИЕ/УНИЧТОЖЕНИЕ ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ**

Вещи представить на осмотр и уточнить время, место и стоимость их приобретения, по возможности приложить документы о покупке.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**УЩЕРБ, ВОЗНИКШИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ**

**Расходы на похороны.** Приложить копию свидетельства о смерти и подтверждающие расходы оригинальные документы.

**Уменьшение алиментов иждивенцев вследствие исчезновения доли погибшего лица.** Отметить имена, фамилии и даты рождения иждивенцев. Приложить копию свидетельства о рождении и удостоверяющие алименты семьи документы - документы, удостоверяющие облагаемые социальным налогом доходы обоих родителей за 12 календарных месяцев, предшествовавших дорожно-транспортному происшествию (NB! месяц, когда произошло дорожно-транспортное происшествие, в расчет не идет), справку Пенсионного департамента в отношении размера пенсии по потере кормильца, в случае иждивенца в возрасте старше 18 лет - справку от учебного учреждения в отношении его участия в учебной работе.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**СВЯЗАННЫЙ С ЛИЧНЫМ УЩЕРБОМ НЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ УЩЕРБ**

Для расчета компенсации приложить выписку из истории болезни с нижеследующей информацией: диагноз после ДТП, лечение, его продолжительность и результаты, или попросить врача заполнить форму медицинской карты, приложенную к ходатайству о компенсации.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Перечислить компенсацию \_\_\_\_\_

(Имя получателя компенсации, банк и номер расчетного счета)

Имя и фамилия заполнившего сообщение лица

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
День, месяц, год