ИНГОССТРАХ

В СПАО «Ингосстрах»

Извещение
о наступлении страхового события

Данные страхового полиса	№ _____
Заявитель (ФИО)	
Контакты заявителя	Тел._____ e-mail _____

Указывая настоящий e-mail адрес я как страхователь/полномочный представитель страхователя, отказываюсь от получения документов на бумажном носителе по заявленному убытку и прошу СПАО «Ингосстрах» направлять всю корреспонденцию на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения электронного письма от СПАО «Ингосстрах» уведомление от сервера о доставке соответствующего электронного письма.

Что произошло

☐ повреждено застрахованное имущество ☐ причинен ущерб третьим лицам	☐ смерть ☐ инвалидность ☐ временная утрата трудоспособности	☐ риск прекращения / ограничения права собственности

Опишите обстоятельства происшествия и полученные повреждения

Дата происшествия «_____» _____ _____20 г.

Предварительный размер ущерба:_____

О происшествии заявлено в Управляющую компанию / МВД / МЧС / иные аварийные службы / медицинские учреждения и т.д.?

☐ да *(указать куда)*:

☐ нет *(указать причину)*:

Декларация

Я разрешаю любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу рассмотрения заявленного страхового события по личному страхованию, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» запрашивать и получать в медицинских учреждениях, страховых компаниях, Федеральном Фонде обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС), любом ином территориальном ФОМС и у других операторов персональных данных (далее – ПД) и учреждений, в которые я обращался(лась), состоял(а) на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке, а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, диагноза, течения заболевания, оперативных вмешательствах, данные об обращениях за медицинской помощью, результаты всех проведенных анализов, исследований и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанному сотруднику СПАО «Ингосстрах» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения.

Я разрешаю любому сотруднику любого медицинского учреждения, в которые я обращался(лась), состоял(а), на учете и/или проходил(а) обследование и/или лечение, в т.ч. любым страховым компаниям имеющим вышеуказанную информацию, выдавать (в том числе после моей смерти) вышеуказанные документы, сведения, выписки и другие документы, составляющие врачебную тайну, любому сотруднику СПАО «Ингосстрах», принимающему решение по вопросу заключения договора личного страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события по личному страхованию.

Также в соответствии со ст. 7 ФЗ № 152- ФЗ «О персональных данных» предоставляю право ФОМС, территориальным ФОМС, в том числе любому иному оператору и иным лицам, имеющим доступ к моим ПД, предоставлять мои ПД в адрес СПАО «Ингосстрах».

Мои ПД включают в себя: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, сведения о состоянии здоровья, данные об обращениях за медицинской помощью, диагнозах, заболеваниях.

Застрахованное лицо		
	подпись	*ФИО*

Риск повреждения (утраты) имущества / причинения вреда жизни и/или здоровью застрахованного / утраты (ограничения) права собственности также застрахован в другой страховой компании?

☐ нет

☐ да, в:_____ договор №_____от «_____»_____20___г

«_____»_____20_____ г. _____

(подпись)