## 

**Мобильное приложение IngoMobile**

← Сообщить о происшествии онлайн 24/7

← Быстрое оформление

← Удобно следить за статусом урегулирования

страхового случая

## \\filesrv\Departments catalog\Marketing\Archive\ОКиРК\Архив макетов\Концепция 2019\Логотип\INGOS_LOGO_blue.jpgВ СПАО «Ингосстрах»

## Департамент урегулирования убытков розничного бизнеса

**Заявление**

**о наступлении страхового события**

(в части страхования от несчастных случаев)

|  |
| --- |
| Я, |
|  |

*(фамилия, имя, отчество)*

|  |
| --- |
| сообщаю о: |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 смерти застрахованного лица |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 присвоении застрахованному лицу |  |
| инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 получении травмы застрахованным лицом |  |

в результате несчастного случая, произошедшего г. при следующих обстоятельствах:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Жизнь / здоровье застрахованного лица застрахованы по договору страхования (полису) № от \_\_ г.

О наступлении страхового события заявлено в:

|  |
| --- |
|  |

*(травмпункт, больницу, полицию и т.д.)*

|  |
| --- |
| Я, как Застрахованный/ полномочный представитель Застрахованного, отказываюсь от получения документов на бумажном носителе по заявленному убытку. Всю корреспонденцию прошу отправлять на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения письма от СПАО «Ингосстрах» уведомление от сервера о доставке соответствующего письма. |
| **Согласен**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Не согласен**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) (Ф. И. О.) (подпись) (Ф. И. О.) |

Я подтверждаю свое согласие на обработку и использование страховщиком моих персональных данных, поданных мною в настоящем Договоре, согласно ст. 3 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. для осуществления страхования, в том числе в целях осуществления оценки страхового риска, перестрахования и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования меня о других продуктах и услугах страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа. Персональные данные включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адрес проживания, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения.

Разрешаю любому медицинскому работнику или учреждению, имеющему информацию о моей истории болезни или истории болезни застрахованного лица, физическом и психическом состоянии здоровья, предоставлять ее в случае необходимости СПАО «Ингосстрах».

Прошу рассчитать страховое возмещение\* по убытку от г., наступившему с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и выплатить по следующим реквизитам:

*(ФИО застрахованного)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование банка и филиал банка** |  |
| **БИК** |  |
| **К/с** |  |
| **Р/с** |  |
| **Лицевой счет** |  |
| **ИНН (для юридических лиц/ИП)** |  |
| **ФИО получателя (полностью)** |  |
| **Паспортные данные** | серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_ |

\*Страховое возмещение рассчитывается в соответствии с условиями договора страхования.

**Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных, направление уведомления о выплате и получение чека на указанные контактные данные электронной почты или номер телефона**

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  г.