ЗАЯВЛЕНИЕ О СОБЫТИИ, ОБЛАДАЮЩЕМ ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ (по имущественным видам страхования)

1. **Договор страхования (полис)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Договор страхования (полис) №** | **дата начала действия** | **дата окончания действия** |
|  |  |  |

1. **Первичное сообщение о событии**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| телефон | факс | почта | E-mail | № | дата | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ПРЕДОСТАВЛЯЯ ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О СОБЫТИИ, ОБЛАДАЮЩЕМ ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, И ДРУГИЕ ДОКУМЕНТЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ , Я ДЕЛАЮ ПРЕДЛОЖЕНИЕ ООО «ИНЛАЙФ СТРАХОВАНИЕ» СЧИТАТЬ ЛЮБОЕ ТОЧНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ КАКИМ-ЛИБО СПОСОБОМ МОЕЙ ПОДПИСИ С ПОМОЩЬЮ СРЕДСТВ ЭЛЕКТРОННОГО КОПИРОВАНИЯ НА ЗАЯВЛЕНИИ О СОБЫТИИ, ИМЕЮЩЕМ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ АНАЛОГОМ МОЕЙ СОБСТВЕННОРУЧНОЙ ПОДПИСИ, А ДОКУМЕНТЫ, ПОДАННЫЕ В РАМКАХ ТАКОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, - ЗАВЕРЕННЫМИ ТЕМИ ЖЕ СПОСОБАМИ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ПОДПИСИ, ЧТО ТАК ЖЕ ПРИЗНАЕТСЯ АНАЛОГОМ МОЕЙ СОБСТВЕННОРУЧНОЙ ПОДПИСИ.**  Я даю согласие на то, что в целях исполнения договора страхования ООО «Инлайф страхование» поручает обработку персональных данных лицам и организациям, привлекаемых в целях исполнения настоящего договора страхования (экспертным, оценочным и сервисным организациям, с которыми у ООО «Инлайф страхование» заключены договоры об оказании соответствующих услуг).  Я подтверждаю, что обладаю полномочиями на дачу согласия на обработку персональных данных от имени Страхователя, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя. | | | | | | | |

1. **Сведения о заявителе, страхователе, Застрахованном лице, выгодоприобретателе**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| заявитель |  | | | | | |  | |
| *Ф.И.О. физического лица/наименование юридического лица* | | | | | | *ИНН (при наличии)* | |
| адрес места регистрации |  | | | | | | | |
| адрес фактический  (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ АДРЕСА МЕСТА РЕГИСТРАЦИИ) |  | | | | | | | |
| контактная информация | ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ |  | Телефон дом./ раб. |  | E-mail |  | | |
| заявитель является | страхователем  выгодоприобретателем  застрахованным лицом  представителем: | | | | | | | |
| страхователь  (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ) |  | | | | | | |  |
| Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица | | | | | | | ИНН (при наличии) |
| выгодоприобретатель (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ) |  | | | | | | |  |
| *Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица* | | | | | | | *ИНН (при наличии)* |
| ЗАСТРАХОВАНное ЛИЦО (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ) |  | | | | | | |  |
| *Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица* | | | | | | | *ИНН (при наличии)* |

1. **Сведения о виновнике причинения ущерба/вреда**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| причинитель ущерба |  | | | | | |  |
| *Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица* | | | | | | *ИНН (при наличии)* |
| адрес места регистрации (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ) |  | | | | | | |
| адрес фактический  (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ) |  | | | | | | |
| контактная информация | ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ |  | Телефон дом./ раб. |  | E-mail |  | |

1. **Сведения о событии**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| тип события |  | | | | |
| Дата и время наступления события |  |  |  |  |  |
| *день* | *месяц* | *год* | *час* | *минута* |
| Место события |  | | | | |
| (Республика/край/область, район, город/населенный пункт, улица, номер дома, участок дороги) | | | | |
| описание Обстоятельств события:   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | |
| событие зарегистрировано компетентным органом |  | | | | |

1. сведения о причиненном ущербе

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| поврежденный объект / причиненный вред |  | |
| описание причиненного ущерба / вреда:   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| Предполагаемый размер ущерба (обязательно к заполнению) | |  |

1. дополнительная информация

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| МЕРЫ, предпринятые вами в целях уменьшения размера ущерба | нет  да (указать какие): | |
| имущество застраховано в другой компании | нет | да (указать):  Наименование компании:  номер полиса:       страховая сумма: |
| Наличие свидетелей и иных участников события | нет  да (указать): | |

1. К настоящему заявлению приложены следующие документы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 1. | | 2. | | 3. | | 4. | | 5. | | 6. | | 7. | |

1. Выплату страхового возмещения прошу осуществить БАНКОВСКИМ ПЕРЕВОДОМ по нижеуказанным реквизитам:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. получателя платежа | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| наименование банка (отделения/филиала) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| лицевой счет | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| расчетный счет | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| корреспондентский счет | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| бик |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ИНН | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявитель

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | подпись | дата | | | | |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |

Нижеуказанные поля заполняются работником Страховой компании

принял Работник Страховой компании

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | подпись | дата | | | | |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |

1. Документы должны иметь формат PDF или JPG;
2. В случае предоставления скан-копии документа, разрешение такой скан-копии должно быть 200 DPI или 300 DPI;
3. Документы с черными или черно-белыми изображениями должны сканироваться в режиме «Серый» или «Черно-белый», с Цветными изображениями -в режиме RGB (цветной).
4. Объем файла не должен превышать 10 МБ, объем письма не должен превышать 20 МБ;
5. При открытии документа не должно быть предупреждений о возможных ошибках;
6. Запрещено установление пароля на открытие документа, а также устанавливать запрет печати;
7. Все надписи, печати, подписи должны быть хорошо различимы;
8. Имя отправляемого письмом файл должен отражать суть высылаемого документа (например, «Паспорт», «Акт управляющей компании № …»,

а отправляемое письмо должно содержать тему с включением ФИО застрахованного/наименования юридического лица и номера полиса.