**ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ**

Настоящим сообщаю о факте наступления страхового события по полису (договору)

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВИТЕЛЬ** |  |  |  | |  |  | |
|  | Фамилия |  | Имя | |  | Отчество | |
| Телефон для связи: |  | | | E–mail: | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **АДРЕС ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИ** | |  |  |  |  |  |
| область |  | район |  | город, населенный пункт |
|  |  |  |  |  |  |  |
| улица |  | дом |  | корпус |  | квартира |
| **МЕСТО СОБЫТИЯ** | |  |  |  |  |  |
| область |  | район |  | город, населенный пункт |
|  |  |  |  |  |  |  |
| улица |  | дом |  | корпус |  | квартира, участок |

**ЧТО ПРОИЗОШЛО** (в соответствии с перечнем рисков по полису):

|  |
| --- |
| ❒ смерть в результате заболевания  ❒ заболевание |

|  |
| --- |
| **Дата события** «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. Время «\_\_\_» час. «\_\_\_»мин. |
| *Кратко опишите, что произошло* |
|  |
|  |

**Характер причиненного вреда здоровью**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Описание повреждений:* | |
|  | |
|  | |

**КОМПЕТЕНТНЫЕ ОРГАНЫ,** в которые было заявлено о событии:

Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

**Действующие договоры страхования** **ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И БОЛЕЗНЕЙ** (кроме ОАО «АльфаСтрахование»)?

❒ имеются - Полис№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страховая компания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❒ не имеются

|  |  |
| --- | --- |
| **СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ** прошу перечислить по следующим реквизитам (заполните соответствующие графы): | |
|  |  |

ФИО Получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расчетный счет

БИК  ИНН

Корреспондентский счет

Лицевой счет получателя

Пластиковая карта №

Заявитель выражает свое согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении (а также иных персональных данных, получаемых страховщиком при исполнении заявления), любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора страхования (Полиса), а также информирования заявителя о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями, связанными со страхованием, в том числе с передачей иным третьим лицам в указанных целях, а также подтверждает, что получил согласие третьих лиц, указанных в настоящем заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» на передачу и обработку их персональных данных страховщиком на вышеуказанных условиях. Срок использования и обработки персональных сведений устанавливается в течение срока действия Полиса и 3 лет с даты его прекращения. Подписывая настоящее заявление Заявитель подтверждает достоверность указанной в Заявлении информации. В случае отсутствия данных Потерпевшего, Стороны признают этот факт как отказ Потерпевшего предоставлять указанную информацию, в том числе с целью надлежащего оформления АО «АльфаСтрахование» документа, подтверждающего выплату страхового возмещения, как того требует Федеральный закон от 22 мая 2003 г. N 54-ФЗ "О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации

**Дата заявления** «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /