

**ПРИМЕР ЗАПОЛНЕНИЯ  
ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ**

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

№ указать номер договора от «     » указать дату заключения договора 20     г.

ЗАЯВИТЕЛЬ	ПРИМЕРОВ	ПРИМЕР	ПРИМЕРОВИЧ
Телефон для связи:	Фамилия +7(999)123-45-67	Имя	Отчество
АДРЕС ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ	область	район	Москва
улица	дом	корпус	квартира
Адрес	укажите адрес	фактического местонахождения во время	обнаружения признаков инфекционного заболевания
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 (нужное отметить галочкой)  
 заболевание

Дата события « 01 » 01 20 20 г. Время «     » час. «     » мин.

Установлен диагноз Коронавирус

**Характер причиненного вреда здоровью**

Описание повреждений:

Нет необходимости в заполнении данного поля

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

Наименование название мед. учреждения Телефон тел.мед. учреждения, если знаете Дата заявления «     » дата обращения в мед. учреждение 20    г.

Действующие договоры страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и болезней (кроме ОАО «АльфаСтрахование»)?

имеются - Полис №     если Вы застрахованы в иных компаниях в рамках ДМС, укажите номер полиса и наименование СК  
Страховая компания ООО «Страхования компания №1»

не имеются

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

Необходимо заполнить только эти поля: ФИО получателя, наименование банка, БИК банка, лицевой счет получателя, состоящий из 20 цифр. Больше ничего заполнять не нужно! **ВНИМАНИЕ!** Перечисление только по номеру карты - невозможно !

ФИО Получателя Примеров Пример Примерович Банк Сбербанк

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 « 01 » 01 2020 г. Заявитель: ПОДПИСЬ /     ФИО     /