В АО «АльфаСтрахование»

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ

Настоящим сообщаю о факте наступления события, имеющего признаки страхового случая, по полису (договору) страхования имущества физических лиц

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СТРАХОВАТЕЛЬ |  |  |  |  |  |
| (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ) | Фамилия |  | Имя |  | Отчество |
| Телефон для связи: |  | E–mail: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес регистрации:  |  |  |  |  |  |
| область |  | район |  | город, населенный пункт |
|  |  |  |  |  |  |  |
| улица |  | дом |  | корпус |  | квартира |
| МЕСТО СОБЫТИЯ: |  |  |  |  |  |
| область |  | район |  | город, населенный пункт |
|  |  |  |  |  |  |  |
| улица |  | дом |  | корпус |  | квартира, участок |
| ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СОБЫТИЯ: Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Время «\_\_\_» час.«\_\_\_» мин. |
| ЧТО ПРОИЗОШЛО (в соответствии с перечнем рисков по полису):

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ пожар, удар молнии, взрыв газа❒ противоправные действия третьих лиц❒ стихийные бедствия❒ падение летающих объектов❒ воздействие электротока | ❒ механическое повреждение❒ повреждение застрахованного имущества водой ❒ поломка имущества, не покрываемая гарантийным обязательством производителя❒ ИНОЕ (что именно?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Кратко опишите, что произошло* |
|  |
|  |
|  |
| ПОВРЕЖДЕНО (УТРАЧЕНО) СЛЕДУЮЩЕЕ ИМУЩЕСТВО: Серийный номер/ IMEI/ тип/ марка/ модель/ артикул/ спецификация |
| *Описание повреждений:* |
|  |
|  |
| ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ РАЗМЕР УЩЕРБА: |  |

КОМПЕТЕНТНЫЕ ОРГАНЫ, в которые о заявлено о событии:

Наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., входящий номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СЕРВИСНЫЙ ЦЕНТР, в который было передано застрахованное имущество:

Наименование центра «Эксперт.Мобайл» Телефон 8 (831) 2-164-064

Адрес сервисного центра г. Нижний Новгород, ул. Ванеева 19

Дата подачи заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г., входящий номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу провести диагностику и ремонт повреждённого имущества, согласен с тем, что услуга по ремонту устройства Apple может включать также замену поврежденного устройства в сборе (swap) на восстановленное.

В случае признания заявленного события страховым и при диагностировании полной гибели имущества (неремонтопригодности) я:

 Отказываюсь от имущества в пользу страховщика для получения от него страховой выплаты в размере страховой суммы;

 Прошу вернуть имущество

В случае, если по условиям Полиса предусмотрена франшиза, ремонт и последующая выдача отремонтированного имущества будет произведена после оплаты франшизы.

В случае невозможности проведения ремонта прошу выплатить страховое возмещение по следующим реквизитам:

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

Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расчетный счет [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

БИК [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  ИНН [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Корреспондентский счет [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Лицевой счет получателя [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Пластиковая карта № [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Достоверность указанных реквизитов подтверждаю.

Настоящим заявитель на основании статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" дает свое согласие на обработку «\_\_\_\_\_\_\_\_» (адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и АО «АльфаСтрахование (адрес: г. Москва, ул. Шаболовка д. 31, стр. Б) как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, своих персональных данных и данных Получателя (при не совпадении с Заявителем), полученных от Заявителя, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Состав персональных данных включает в себя: все данные, указанные в настоящем заявлении.

Срок на который дается согласие «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» и АО «АльфаСтрахование» - 5 лет после окончания срока действия договорных отношений со Страхователем, если иное не определено законодательством.

Заявитель вправе отозвать согласие на обработку персональных данных, направив «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» и АО «АльфаСтрахование» письменные заявления.

«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 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)