



8 (495) 105 90 36, 8 (800) 550 09 81  
www.ii-company.ru, info@ii-company.ru  
111141, г. Москва, вн.тер.г.  
муниципальный округ Новогиреево,  
ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1

ИНН 4207046506  
ОГРН 1030800756568  
Лицензия СИ/СЛ 3128

### ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ

Настоящим сообщая о факте наступления страхового события по полису:

от \_\_\_\_\_  
(указать номер полиса) (указать дату оплаты полиса)

**ЗАЯВИТЕЛЬ:**

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество)

Страхователь  Выгодоприобретатель (Застрахованное лицо)  Третье лицо

**ТЕЛЕФОН:**

\_\_\_\_\_ (указать контактный телефон)

**E-mail:**

\_\_\_\_\_ (указать адрес электронной почты)

Указывая настоящий e-mail адрес я как страхователь/застрахованный/ полномочный представитель страхователя/застрахованного, отказываюсь от получения документов на бумажном носителе по заявленному убытку и прошу ООО «МСК «АйАйСи» направлять всю корреспонденцию на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения электронного письма от ООО «МСК «АйАйСи» уведомление от сервера о доставке соответствующего электронного письма.

**АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ:**

(по паспорту) \_\_\_\_\_ (указать область) \_\_\_\_\_ (указать район) \_\_\_\_\_ (указать город/населенный пункт)

\_\_\_\_\_ (указать улицу) \_\_\_\_\_ (указать номер дома/участка) \_\_\_\_\_ (указать корпус) \_\_\_\_\_ (указать номер квартиры)

Указать СНИЛС (при наличии)

Указать ИНН (при наличии)

**ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:**

Паспорт гражданина РФ  Иной документ

Наименование

(паспорт- серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения; иной документ-реквизиты иного документа)

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:**

\_\_\_\_\_ (число/месяц/год)

**ГРАЖДАНСТВО:**

РФ  Иное

**ПОСТРАДАВШИЙ (ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО):**

\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество)

**Дата происшествия:**

\_\_\_\_\_

**Наименование произошедшего события (в соответствии с перечнем рисков, застрахованных по полису):**

Инвалидность в результате несчастного случая  Инвалидность в результате несчастного случая или болезни

Смерть в результате несчастного случая или болезни  Смерть в результате несчастного случая

Телесные повреждения в результате несчастного случая  Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая  Госпитализация в результате несчастного случая

**Краткое описание события:**

\_\_\_\_\_

**Предполагаемый размер ущерба:**

\_\_\_\_\_

**Обращались ли Вы в медицинские учреждения?**

(больницы, поликлиники, травматологические пункты, частные клиники, иные мед. организации)

НЕТ

Наименование мед. учреждения:

Дата обращения:

ДА

**Страховое возмещение прошу:**



8 (495) 105 90 36, 8 (800) 550 09 81  
www.ii-company.ru, info@ii-company.ru  
111141, г. Москва, вн.тер.г.  
муниципальный округ Новогиреево,  
ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1

ИНН 4207046506  
ОГРН 1030800756568  
Лицензия СИ/СЛ 3128

перечислить по следующим реквизитам (достоверность реквизитов подтверждаю)

ФИО Получателя:

Наименование банка:

БИК:

Лицевой счет получателя:

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1)
2)
3)
4)
5)
6)
7)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю свое согласие на обработку ООО МСК «АйАйСи» (111141, г. Москва, ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1) (далее – Страховщик), моих персональных данных (ФИО, номер телефона, адрес электронной почты, адрес регистрации, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, дата рождения, гражданство, специальных персональных данных пострадавшего (застрахованного лица) (сведений о состоянии здоровья, данных о наличии инвалидности с указанием группы, данных о подготовке к направлению на медико-социальную экспертизу, с указанием заболевания), указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в целях надлежащего исполнения Договора страхования (исполнение обязательств, проверку качества оказания услуг, формирование статистики, отpravку и получение СМС-сообщений, сообщений по электронным каналам связи (в том числе мессенджерам), содержащих информацию по договору страхования).

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам, которые привлечены или будут привлекаться Страховщиком для исполнения обязательств по Договору страхования на основании договора, содержащего условие об обработке персональных данных, в объеме, необходимом для достижения цели его заключения, в Банк России, в органы (организации) государственного/муниципального контроля (надзора), в компетентные органы, операторам связи (в том числе почтовой), организациям, оказывающим услуги мессенджеров и по информированию, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, автоматическую обработку, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Настоящее согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

Я даю свое согласие на направление Страховщиком запросов и предоставление Страховщику третьими лицами, органами власти, включая МВД России, МЧС России, органами прокуратуры и иными компетентными органами, Пенсионный фонд РФ, включая его отделения, организациями / учреждениями / юридическими лицами, а также страховыми компаниями, любыми медицинскими организациями, включая федеральными государственными учреждениями МСЭ, частными врачами, фондами обязательного медицинского страхования (в том числе территориальными), работодателем, лечебно-профилактическими учреждениями или учреждениями здравоохранения особого типа, в которых пострадавший (застрахованное лицо) проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений, касающихся обстоятельств и причин заявленного события, обладающего признаками страхового случая (в случае появления такой необходимости по мнению Страховщика) в том числе, сведений о факте обращения пострадавшего (застрахованного лица) за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья пострадавшего (застрахованного лица) и диагнозе или прогнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении в любое время, в том числе в случае смерти пострадавшего (застрахованного лица) и обработку этих данных Страховщиком. Настоящее согласие в соответствии с частью 3 статьи 13, частями 4 и 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" включает в себя право Страховщика знакомиться с медицинской документацией, получать медицинские документы (их копии). Я согласен, что получение Страховщиком сведений о пострадавшем (застрахованном лице), в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме, в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований, в любое время, в том числе в случае смерти.

Согласия могут быть отозваны в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Дата заявления: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Заявитель:

\_\_\_\_\_ /

(подпись)

(ФИО)