INSIGHT
наш взгляд на страхование

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ ПО РИСКУ УГОН/ХИЩЕНИЕ №.....

заполняется сотрудником страховой компании

ПО ПОЛИСУ № .....

СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАЯВИТЕЛЬ) .....

ЗАСТРАХОВАННОЕ ТС МАРКА: ..... МОДЕЛЬ: .....

ГОС. НОМЕР: ..... VIN: ☐☐☐☐☐☐
последние 6 символов

СОБСТВЕННИК ТС .....

ТЕЛЕФОН: ..... E-MAIL: .....

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПЕРЕД ХИЩЕНИЕМ ПАРКОВКИ АВТОМОБИЛЯ: ..... ВРЕМЯ: ..... Ч. ..... МИН.

МЕСТО ПОСЛЕДНЕЙ ПЕРЕД ХИЩЕНИЕМ ПАРКОВКИ АВТОМОБИЛЯ: .....

ДАТА ХИЩЕНИЯ (ОБНАРУЖЕНИЯ): ..... ВРЕМЯ ХИЩЕНИЯ (ОБНАРУЖЕНИЯ): ..... Ч. ..... МИН.

ФИО ЛИЦА, ОБНАРУЖИВШЕГО ХИЩЕНИЕ ТС: .....

ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ХИЩЕНИЯ:

.....

.....

.....

.....

Подписывая данное заявление, я:

• подтверждаю достоверность изложенных в нем сведений и выражаю согласие на их проверку Страховщиком, если это будет необходимо;

• подтверждаю, что в другие компании с заявлением по указанному событию не обращался, и не буду обращаться, страховое возмещение по данному событию от виновного лица и от других страховых компаний не получал;

• подтверждаю, что ознакомлен с положениями ст. 965 Гражданского Кодекса РФ, в т.ч. с тем, что если осуществление права страховщика на взыскание ущерба с виновника в порядке суброгации стало невозможным по вине страхователя (выгодоприобретателя), страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне выплаченной суммы возмещения;

• выражаю ООО «СК «ИНСАЙТ» свое согласие на обработку всех содержащихся в данном Заявлении персональных данных в целях осуществления предстрахового андеррайтинга, заключения и исполнения договора страхования и перестрахования посредством выполнения действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, распространение, в том числе право на передачу ООО «СК «ИНСАЙТ» моих персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в связи с заключением и исполнением Договора страхования и указанным на официальном сайте Страховщика, в том числе ООО «М Брокер», ИНН 5024178232, адрес: 143420, Московская область, г. Красногорск, км 25, склад. комп кул. балт, помещ. 39; ООО «НИК Автопрофи», ИНН 5017085072, адрес: 143500, Московская область, Истра г, ул. Морозова, д. 1, помещ. 31; ПАО «Мегафон», ИНН 7812014560, адрес: 127006, город Москва, Оружейный пер., д. 41; ООО «БКИ Эквифакс», ИНН 7813199667, адрес: 129090, г. Москва, Каланчевская ул., д. 16, стр. 1; ПАО «Сбербанк России», ИНН 7707083893, адрес: 117312, г. Москва, ул. Вавилова, д.19; ООО «АТБ» Банк, ИНН 7727038017, адрес: 123007, г. Москва, ул. 1-я Магистральная, д. 13, стр. 2 (по тексту – «Третьи лица»), право на передачу оператором связи ПАО «Мегафон» моих персональных данных иным операторам связи, а также третьим лицам, привлеченным иными операторами связи или самим оператором ПАО «Мегафон», в целях заключения и исполнения Договора страхования, в том числе представление с помощью средств связи информации в целях исполнения Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком, путем осуществления указанными лицами прямых контактов со Страхователем, включая посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами по телефону, по адресам электронной почты, указанным при заключении Договора страхования и/или в настоящем заявлении; Данное согласие дано без ограничения срока действия и может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора ООО «СК «ИНСАЙТ»;

даю свое согласие на предоставление ООО «СК «ИНСАЙТ» по его запросу полной информации о состоянии своего здоровья, составляющей врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах, а также любую иную информацию государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями (в т.ч. лечебно-профилактическими, учреждениями здравоохранения особого типа), располагающими сведениями об истории заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах) наступления страхового случая (в том числе любому врачу, оказавшему медицинскую помощь и исследовавшему состояние здоровья Страхователя/Застрахованного лица), и разрешаю Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая;

• выражаю согласие на отправку уведомлений о ходе урегулирования и о выдаче направления на ремонт, сообщениями на телефон и по электронной почте, указанными в настоящем Заявлении;

• выражаю согласие на передачу персональных данных собственнику транспортного средства;

• выражаю ООО «СК «ИНСАЙТ» согласие на проведение опросов по качеству оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования с использованием любых средств связи, в том числе сообщениями на телефонный номер, адрес электронной почты, указанные в настоящем Заявлении;

• документы, запрошенные Страховщиком, переданы мной по Акту приема-передачи документов.

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАЛ: **СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАЯВИТЕЛЬ)**

✓ _____ ПОДПИСЬ _____ Ф. И. О. « » 20 ДАТА

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ: **ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА**

_____ ПОДПИСЬ _____ Ф. И. О. « » 20 ДАТА