

В ООО «СК «Согласие»

от _____
проживающего по адресу (указать адрес фактического проживания,
включая индекс) _____

телефон _____

e-mail _____

паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
по договору страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства
по поводу причинения Застрахованным лицом вреда (имуществу, жизни и здоровью)
третьим лицам

В соответствии с договором страхования (страховым полисом)

№ _____ от «_____» _____ 20__ г

прошу произвести страховую выплату по страховому событию с Застрахованным лицом (Ф.И.О. полностью, дата рождения чч.мм.гггг) _____

Обстоятельства произошедшего события (детально описать обстоятельства события): _____

Страна, город и дата (ы) наступления события: _____

Характер причинённого ущерба третьему лицу: _____

Было ли обращение (звонок) в Сервисную компанию: Да/Нет

если «ДА», укажите дату первичного обращения и его номер (при наличии): _____

если «НЕТ», поясните почему: _____

**по поводу причинения Застрахованным лицом вреда (имуществу, жизни и здоровью)
третьим лицам**

Перечень документов*, подтверждающих понесенные расходы, прилагаемых к Заявлению:

* **Внимание!** К Заявлению прилагаются только оригиналы документов, за исключением документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица/ Заявителя. Страховая выплата по копиям документов не осуществляется.

№	Наименование документа *О – оригинал, ЗК – заверенная копия КО – копия снята сотрудником Страховой компании с оригинала, К – копия	Приложен*: О / ЗК / КО / К (указать, что приложено)	Дополнительная информация по документам
1	Заявление на страховую выплату, заполненное Застрахованным лицом или Страхователем (только физ.лицо) или его законным представителем		
2	Договор страхования (страховой полис) и Условия страхования к нему (оригинал/скан/ксерокопия)		
3	Общегражданский паспорт Заявителя (ксерокопия/скан разворот паспорта с ФИО, датой рождения, гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации)		
4	Загранпаспорт Застрахованного лица (ксерокопия/скан развороты всех страниц паспорта) – при зарубежных поездках		
5	Для несовершеннолетних / недееспособных Застрахованных лиц:		
	Свидетельство о рождении ребенка (скан/копия)		
	Общегражданский паспорт Застрахованного лица (скан/копия разворот паспорта с ФИО , датой рождения , гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации) - для лиц старше 14 лет		
	Общегражданский паспорта Заявителя – одного из родителей/опекуна/попечителя (скан/копия разворот паспорта с ФИО, датой рождения , гражданством, кем когда выдан и разворот паспорта с отметкой о регистрации)		
	Документ, подтверждающий статус опекуна/попечителя (скан/ксерокопия оригинала)		
6	Документ, подтверждающий требование о компенсации ущерба от третьей стороны (оригинал)		
7	Вступившее в законную силу решение суда (оригинал)		
8	Иные документы , подтверждающие факт и обстоятельства события:		
	Наименование документа:		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
9	Банковские реквизиты рублевого счета Получателя страховой выплаты (ТОЛЬКО физического лица) с обязательным указанием наименования банка, БИК, ИНН; ФИО и номера лицевого счета получателя страховой выплаты (если реквизиты ЛС не заполнены в Заявлении)		

10	Общегражданский паспорт Получателя страховой выплаты (ксерокопия/скан разворот страницы с фотографией и страницы с регистрацией)		
11	Прочие документы:		

Настоящим подтверждаю достоверность сведений, указанных в заявлении, и предоставленных документов. Обязуюсь предоставить Страховщику недостающие документы, в т.ч. по запросу Страховщика. Уведомлен, что в случае невыполнения данного требования, Страховщик имеет право приостановить рассмотрение Заявления.

Заявитель: _____ (_____) Дата « ____ » _____ 20__ г.
(подпись Заявителя) (Фамилия, И.О. Заявителя)

Документы принял: _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.
(Фамилия, И.О., подпись сотрудника Страховой компании)

ПАМЯТКА ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Если Вы хотите узнать статус рассмотрения заявления* просим Вас направить соответствующий запрос на адрес электронной почты **case_report@soglasie.ru** или позвонить по телефону:

(495) 739 01 01 или **8(800) 755 0001**, доб. **9906**.

Недостающие и дополнительные документы, запрошенные Страховщиком, не требующие предоставления в оригинале или заверенной копии, просим направлять по эл.почте **case_report@soglasie.ru** (в теме письма просьба указать **ФИО Заявителя**. Если Заявитель и Застрахованное лицо отличаются, в тексте письма следует также указать **ФИО Застрахованного лица** для идентификации дела).

* **ВНИМАНИЕ!** Стандартный срок рассмотрения заявления – **45 календарных дней** с момента получения полного пакета документов на возмещение.