

**Мобильное приложение IngoMobile**

← Сообщить о происшествии онлайн 24/7

← Быстрое оформление

← Удобно следить за статусом урегулирования

страхового случая

Россия, 117997, г. Москва, ул. Пятницкая, д. 12, стр. 2, тел.: 8 (495) 956-55-55, E-mail: [ingos@ingos.ru](mailto:ingos@ingos.ru)

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО Заявителя  (полностью) |  |  | по полису № |

***Информация о застрахованном (с кем произошел страховой случай):***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО (полностью) |  | | | |
| Почтовый адрес (с индексом) | |  | | |
| Контактный тел., факс |  | |  | е-mail: |

|  |
| --- |
| Я, как Застрахованный / полномочный представитель Застрахованного, отказываюсь от получения документов на бумажном носителе по заявленному убытку. Всю корреспонденцию прошу отправлять на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения письма от СПАО «Ингосстрах» уведомление от сервера о доставке соответствующего письма. |
| **Согласен**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Не согласен**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) (Ф. И. О.) (подпись) (Ф. И. О.) |

***Информация о страховом случае:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата случая |  | страна и город, где произошел случай |  |
| Описание страхового случая (что произошло, почему и за что были вынуждены оплатить | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Диагноз (если затрудняетесь, приблизительный) |  |

Звонили ли вы в сервисный центр по телефону, указанному в стр. полисе: Нет Да

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Когда: | до обращения к врачу | после обращения к врачу | не звонили |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  |  |
| (дата обращения в сервисный центр) |  | | (телефон сервисного центра) | |  | (телефон, с которого осуществлялся звонок) |
| Сумма в оригинальной валюте: | |  | | | | |
| Перечень прилагаемых документов: | | | |  | | |
|  | | | |  | | |

**Прошу выплатить страховое возмещение:**

**за вычетом франшизы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  банковским переводом; произвести расчеты с мед. учреждением

(указать сумму франшизы $/€ при наличии)

*для банковского перевода*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО владельца счета | |  | | | |
| Банк получателя | |  | | | |
| БИК |  | ИНН |  | КПП |  |
| Расчетный счет | |  | | | |
| Корр. Счет | |  | | | |
| Лицевой счет (20 цифр) | |  | | | |
| Прочее (номер карты и т.д.) | |  | | | |

**Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных, направление уведомления о выплате и получение чека на указанные в настоящем заявлении контактные данные электронной почты или номер телефона.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оцените работу сервисного центра**  Удобство и скорость связи с сервисным центром  Полнота и качество предоставления информации оператором  Скорость организации медицинской помощи |  |
| |  | | --- | | Комментарии: | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата заявления: | |  | | Подпись Страхователя или его представителя: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (ФИО) |
| Должность представителя Страхователя (для юрлиц): | | | | |  | |
| Дата получения: |  | | Подпись представителя СПАО «Ингосстрах»: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (ФИО) |