

**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

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

**(страхование поездки) заполняется общая для членов семьи: супруг/супруга, несовершеннолетние дети**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО Заявителя** |  | | | |  | по полису № |
| (полностью) |  | | | |  |  |
| Адрес фактический |  | | | | | |
| (с индексом) |  | | | | | |
| Координаты для связи | | тел: |  | факс: |  | е-mail: | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Паспортные данные |  |  |  | |  |  |
|  | (серия) |  | (номер) | |  | (выдан) |
|  | | |
| (дата выдачи) | | |

|  |
| --- |
| 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.) |

***Застрахованные туристы (заполняется отдельно на каждого туриста, либо на семью: супруг/ супруга, несовершеннолетние дети), в отношении которых наступил случай:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***ФИО туриста*** | ***Дата рождения*** | ***Кем приходится Заявителю*** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

***Информация о страховом случае:***

Даты поездки страна, в которую должны были совершить поездку

Причина, по которой не смогли совершить поездку

**Степень родства** (если заболел близкий родственник)

**Дата, когда стало известно о невозможности совершить поездку**

Возмещение прошу произвести: банковским переводом

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 контактные данные электронной почты или номер телефона**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись Выгодоприобретателя/ представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (Ф. И. О.) |
| Дата получения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись представителя СПАО «Ингосстрах»: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (Ф. И. О.) |