



СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОЛИДАРНОСТЬ

153034, Ивановская обл., г. Иваново, ул. Смирнова, 105 Б • тел.: (495) 146-67-60, (3955) 50-08-90
www.solidask.ru • info@solidask.ru • ИНН 3801013896 / КПП 370201001

В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

Договор (полис) страхования

серии _____ № _____

от «__» _____ 20__ г.

От: _____
(наименование организации)

_____ (адрес для корреспонденции)

Тел.: _____

E-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

1. Настоящим уведомляем Вас о том, что «__» _____ г. в _____ часов _____ минут по адресу: _____

_____ произошло событие: _____

2. Указанное событие произошло по причине: _____

3. При наступлении указанного события Страхователем в целях его предотвращения и/или в целях уменьшения убытков от его наступления, было предпринято следующее: _____

4. В результате произошедшего события повреждено (уничтожено) следующее застрахованное имущество: _____

5. О наступившем событии было сообщено:

5.1. Страховщику: «__» _____ 20__ г. в _____ ч. _____ мин. было сообщено:

а) в письменной _____; б) устной форме (по телефону) _____.

5.2. В компетентные органы (ДЕЗ, УК, ОВД, ОГПН, МЧС и другие) _____

(наименование организации, дата обращения)

6. Размер причиненного ущерба составляет: _____

7. Размер компенсации ущерба, уже полученного от третьих лиц: _____

8. В результате события причинен вред третьим лицам, имуществу третьих лиц: _____



В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»
Приложение № 1

[illegible]

Настоящим стороны договорились, и Заявитель подтверждает, что оригинал заявления, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии) хранятся в архиве Страховщика и не подлежат возврату Заявителю в случае непредставления (включая повторного) имущества или его остатков для осмотра в согласованную со Страховщиком дату. Оригиналы заявления и приложенные к нему документы (или заверенные Страховщиком копии данных документов) могут быть выданы только по письменному обращению Заявителя к Страховщику, в соответствии с порядком, установленным Правилами страхования.

От Страховщика
Заявление о страховом случае принял

[illegible]



**СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ
СОЛИДАРНОСТЬ**

153034, Ивановская обл., г. Иваново, ул. Смирнова, 105 Б • тел.: (495) 146-67-60, (3955) 50-08-90
www.solidask.ru • info@solidask.ru • ИНН 3801013896 / КПП 370201001

В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

Приложение № 2

Заявление о перечислении страхового возмещения

От _____
(наименование организации)

Убыток № _____

Просим вас перечислить страховое возмещение, по следующим реквизитам:

Наименование получателя _____,

Наименование банка _____,

ИНН _____,

КПП _____,

К/С _____,

БИК _____,

Р/С _____.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)