



СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ СОЛИДАРНОСТЬ

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

В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

От _____

(наименование организации/ФИО)

(адрес, телефон, e-mail)

Заявление № _____

В результате: _____
(указать причину события)

Причинен вред: _____
(указать ФИО пострадавшего / наименование пострадавшего имущества)

Дата события: ____ . ____ . ____ г. Время события: ____ ч ____ мин

Место события: _____

(город, улица, № дома, корп., № квартиры, др.)

Собственник пострадавшего имущества: _____

(ФИО/ наименование организации)

О событии заявлено: _____

(наименование обслуживающей организации, ОВД, пожарная служба, др., дата обращения)

Обстоятельства события: _____

Поврежденное имущество застраховано в другой страховой компании: ☐ Да ☐ Нет

Договор страхования №: _____ Вид страхования: _____

Указанное событие заявлено в другой страховой компании: ☐ Да ☐ Нет

№ заявления: _____ Дата заявления: ____ . ____ . ____ г.

По указанному событию получено страховой возмещение в другой СК: ☐ Да ☐ Нет

Страховое возмещение получено в размере: _____ руб.

Способ отправки уведомлений: ☐ E-mail ☐ Почтовое отправление

Настоящим уведомлен, что при выборе «способа отправки уведомлений» - E-mail, любые уведомления, направленные на E-mail Заявителя (страхователя, выгодоприобретателя, представителя выгодоприобретателя), указанный в настоящем заявлении как способ отправки уведомлений, считаются официальной перепиской и не требуют дополнительного направления извещения иным способом:

☐ да ☐ нет



В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

К настоящему заявлению прилагаем следующие документы

Все сведения, изложенные в настоящем заявлении, являются достоверными и могут быть проверены Страховщиком. Я, даю свое согласие АО «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ» (далее Оператор) на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации получение и обработку моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении и документах, предоставляемых мною, с целью рассматривания данного заявления и принятия по нему решения, о наличии/отсутствии у меня договоров страхования и получения страховых выплат, в том числе их размер от других страховых компаний, о характере и причинах возникновения ущерба от третьих лиц, в том числе от ГИБДД, ОВД, иных государственных органов и организаций, а так же передачу моих персональных данных третьей стороне в целях реализации права Оператора на суброгацию. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции), предусмотренные п.3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Настоящее согласие действует со дня подписания и до дня отзыва в письменной форме.

Уведомлен: в случае предоставления ложной информации в выплате страхового возмещения может быть отказано.

От Страховщика
Заявление о страховом случае принял

_____/_____

ПОДПИСЬ ФИО

« » 202 г.



В Акционерное общество «Страховая Компания «СОЛИДАРНОСТЬ»

Приложение № 2

Заявление о перечислении страхового возмещения

От _____
(ф.и.о.)

Паспортные данные: _____

Убыток № _____

Прошу вас перечислить страховое возмещение, по следующим реквизитам:

Ф.И.О. / Наименование получателя _____,

Наименование банка _____,

ИНН _____,

КПП _____,

Р/С _____,

К/С _____,

БИК _____,

Лиц./С _____.

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____ /
(подпись) (ф.и.о.)

Другие собственники пострадавшего имущества:

Согласен: _____
(ф.и.о.) (подпись)

Паспортные данные: _____

Согласен: _____
(ф.и.о.) (подпись)

Паспортные данные: _____

Согласен: _____
(ф.и.о.) (подпись)

Паспортные данные: _____