ЗАЯВЛЕНИЕ
СТРАХОВАНИЕ ИМУЩЕСТВА

ERGO

Латвийский филиал ERGO Insurace SE. Единый рег.№: 40103599913. www.ergo.lv

НОМЕР ПОЛИСА

ДЕЛО О ВЫПЛАТЕ №

1. Сведения о страховом случае

1.1. Дата страхового случая (происшествия): . 20 года время :

1.2. Место происшествия
(государство, местность)

1.3. Вид происшествия ☐ Пожар ☐ Авария водопровода ☐ Природная стихия ☐ Противоправные действия третьих лиц ☐ Остекление ☐ ППД (перерыв предпринимательской деятельности

1.4. Какие компетентные учреждения информированы о происшествии
(название учреждения)

1.5. Застраховано ли имущество еще в каком-либо страховом обществе? Да ☐ Нет ☐ Названи

2. Сведения о застрахованном лице

2.1. Страхователь п.к./рег. №
(Имя, фамилия/название)

Адрес Телефон
(область, волость, город, улица, № дома, почтовый индекс)

2.2. Собственник п.к./рег. №
(Имя, фамилия/название)

Адрес Телефон
(область, волость, город, улица, № дома, почтовый индекс)

3. Описание страхового случая

Примерный размер ущерба EUR

Контактное лицо Телефон
((Имя, фамилия)

Прошу рассчитанное страховое возмещение перечислить на
(название банка)

Номер счета Валюта

Владелец счета П.к./рег.№
(Имя, фамилия/название)

1. Подтверждаю, что изложенные мною сведения являются достоверными и понимаю, что в случае предоставления неверной или вводящей в заблуждение информации Страховщик имеет право не выплачивать мне страховое возмещение и/или расторгнуть договор страхования, и я могу быть привлечен к ответственности в порядке, установленном нормативными актами ЛР;
2. Уполномочиваю Страховщика получать у любых учреждений и лиц любую информацию, которая нужна для выяснения обстоятельств указанного в заявлении страхового случая для исполнения договора страхования.
3. Понимаю, что для предоставления услуг страхования Страховщик в соответствии с законом О защите личных данных физических лиц и прочими нормативными актами ЛР имеет право обрабатывать мои личные данные, в т.ч. идентификационный код; оператор системы данных и личных данных Латвийский филиал ERGO Insurance SE Единый рег.№: 40103599913;
4. Обязуюсь не менять вид получения страхового возмещения
5. Подтверждаю, что об указанном в заявлении случае уведомлено по подведомственности, согласно условиям договора страхования, чтобы претендовать на получение страхового возмещения.
6. Своей подписью подтверждаю, что согласен вернуть полученное возмещение за заявленный случай в полном размере, если
   - Страховщик получил информацию, которая не подтвердит исполнение установленных договорами обязанностей об уведомлении, чтобы претендовать на получение страхового возмещения;
   - Страховщик получит информацию, свидетельствующую о фактических обстоятельствах, при которых не констатируется ответственность страховщика.

   Полученное возмещение обязуюсь выплатить в бесспорном порядке на указанный в претензии банковский счет немедленно, но не позднее, чем в течение 14 дней после отправки письма на адрес для корреспонденции, указанный в заявлении.

Заявитель П.к. / рег. №
(Имя, фамилия/ название, должность представителя юридического лица)

Согласен, что связанную с делом о возмещении информацию ERGO высылает по эл. почте Да ☐ Нет ☐ Телефон

Подпись Адрес эл. почты

Заявление принял . 20 года