

## В СПАО «Ингосстрах»

## Департамент урегулирования убытков розничного бизнеса

**Извещение**

**о наступлении страхового события**

(в части страхования от несчастных случаев)

|  |
| --- |
| Я, |
|  |

 *(фамилия, имя, отчество)*

|  |
| --- |
| сообщаю о: |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 смерти застрахованного лица |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 присвоении застрахованному лицу |  |
| инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 получении травмы застрахованным лицом |  |

в результате несчастного случая, произошедшего «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. при следующих обстоятельствах:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Жизнь / здоровье застрахованного лица застрахованы по договору страхования (полису) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

О наступлении страхового события заявлено в:

|  |
| --- |
|  |

*(травмпункт, больницу, полицию и т.д.)*

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон: |  |