В АО «Зетта Страхование»

|  |  |
| --- | --- |
|  **От** | *Наименование организации - заявителя* |
|  |
| **ИНН**  |  |
|  |
| **исх. №** |  |
|  |
| **/ /202 г.** |  |

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ УБЫТКЕ**

Настоящим извещаем вас о произошедшем убытке и сообщаем следующую информацию об обстоятельствах происшествия:

|  |  |
| --- | --- |
| **Страхователь:** |  |
| **№ договора страхования:** |  |
| **Дата происшествия** |  |
| **Место происшествия** |  |
| **Описание события** |  |
| **Подробные обстоятельства происшествия** |  |
| **Характер ущерба** |  |
| **Позиция Застрахованного лица в отношении произошедшего события** | *Согласно ли Застрахованное лицо с Претензией, признает ли Застрахованное лицо свою вину в наступлении события* |
| **Предъявлено требование о возмещении причиненного ущерба (вреда)** | *Устно/письменно, кем, когда, сумма требования* |
| **Предполагаемый размер ущерба** |  |
| **Сделан комплект фотографий – (не менее 5 шт.), дающий представление об убытке** |  |
|  |  | ДА |  | НЕТ |  |
|  |
| **Местонахождение поврежденного имущества, состояние здоровья потерпевшего на момент подачи уведомления** |  |
| **Перечень организаций/ компетентных органов, в которые страхователь обратился в связи с возникновением убытка** |  |
| **Примечания:** |  |
| **Контактное лицо:** | *ФИО/Телефон/e-mail* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(ФИО, должность, подпись)*

**Заявление на подключение к личному универсальному кабинету авторизированного партнера (LookUp)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наша организация имеет доступ к информации по убыткам через LookUp** |  | **Да** |  | **Нет** |
|  |
| **Просим предоставить доступ к LookUp следующим сотрудникам** |  | **Да** |  | **Нет** |
|  |
| **ФИО сотрудника** | **Адрес электронной почты** | **Доступные для просмотра договоры\*** |
|  |
| 1 |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |
| \*-указывается «все», либо конкретные № договоров страхования, к которым сотрудник должен иметь доступ |

|  |
| --- |
| **От заявителя:** |
| **Должность** | **Фамилия, имя, отчество**  | **Подпись** |
|  |  |  |
| **/ /202 г.** | **М.П.** |

 Обязуюсь своевременно уведомить АО «Зетта Страхование» об увольнении кого-либо из перечисленных сотрудников.

Я понимаю, что информация, представленная в рамках данной услуги, носит информационно-справочный характер (не является публичной офертой), компания не несет ответственность и не принимает обязательств в случае искажения информации в результате технических сбоев, действия несанкционированных (вредоносных) программ (вирусов).

Компания гарантирует, что передача персональных данных сотрудников компании (ФИО, адреса электронной почты) указанных в настоящем заявлении в пользу АО «Зетта Страхование» (место нахождения: 115184, г. Москва, Озерковская наб., д.30) происходит с их письменного согласия. АО «Зетта Страхование» вправе обрабатывать персональные данные указанных лиц в целях подключения услуги «Кабинет клиента».