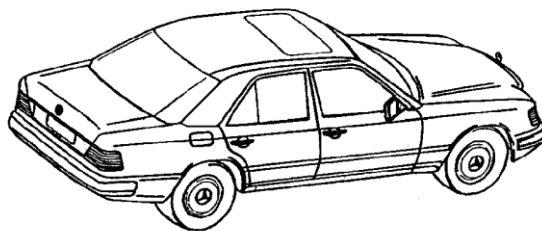




## Сведения о повреждении Предмета залога (ТС)

7. Перечень повреждений, причиненных ТС в результате данного происшествия: \_\_\_\_\_

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



8. Ф.И.О. водителя, управлявшего ТС в момент происшествия:

Проводилось ли медицинское освидетельствование данного водителя на состояние опьянения после ДТП?

Нет  Да  Результат: **трезв**  **в состоянии опьянения**

9. Другие участники происшествия:

*(марка, модель, гос. рег. номер ТС; ФИО, адрес, телефон владельца; перечень повреждений)*

10. Причинен ли в результате происшествия вред имуществу иному, чем транспортные средства? Да  Нет

Если причинен, то какому имуществу и какие повреждения? \_\_\_\_\_

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

11. Имеются фотографии с места происшествия, готов(а) предоставить: Да  Нет

12. Другие обстоятельства происшествия: \_\_\_\_\_

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

Подпись:

Дата:

## Сведения о хищении Предмета залога (ТС)

13. Полный список лиц, допущенных к управлению ТС: \_\_\_\_\_

---

---

---

14. В чьем распоряжении находился автомобиль на момент последней поездки (ФИО, телефон)? \_\_\_\_\_

---

---

---

15. Где вы находились в период хищения ТС \_\_\_\_\_

---

---

16. У кого на момент хищения ТС были комплекты ключей от него? \_\_\_\_\_

---

---

---

17. Возбуждено ли уголовное дело по факту хищения?

Если да, то указать номер возбуждённого дела и дату \_\_\_\_\_

---

---

18. В течение срока эксплуатации ТС были ли случаи утери ключей, брелоков сигнализации от него? \_\_\_\_\_

---

---

---

19. Где в течение последнего полугодия хранился автомобиль во время стоянки (уличная парковка, охраняемая стоянка, гараж и т.п.)? \_\_\_\_\_

---

---

---

20. Участвовало ли ТС в дорожно-транспортных происшествиях, о которых не было заявлено Страховщику ранее (указать даты)? \_\_\_\_\_

---

---

---

Подпись:

Дата:

Прошу произвести выплату страхового возмещения в соответствии с условиями Договора страхования.

**Данные Заявителя/Представителя \*\***

(заполняется, если он не является Выгодоприобретателем и/или действует от его имени и в его интересах)

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Место рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: \_\_\_\_\_

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Данные миграционной карты (для иностранных граждан): \_\_\_\_\_

серия, номер, дата начала и дата окончания срока пребывания

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ \_\_\_\_\_

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Является ли Заявитель/Представитель публичным должностным лицом\*, его супругом, близким родственником?

ДА  НЕТ

\*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/ Представителя: \_\_\_\_\_

В целях осуществления страхового возмещения по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «РБ Страхование Жизни», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 58, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр. 1, ООО «Оксиджен», адрес места нахождения: 107031 г. Москва, ул. Б. Дмитровка 32с4 помещение VII, комнаты 2-13, Тел.: + 7 495 730 60 72, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя/Застрахованного/Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования.

Я даю согласие на предоставление моих ПДн Обработчикам, а также иным третьим лицам, круг которых ограничен и определен опосредованно как лица, с которыми Страховщик вправе взаимодействовать в связи с исполнением Договора страхования. В частности, я согласен на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн (в т.ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно п.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

- у работодателя, в органах и учреждениях МВД России, прокуратуре и иных правоохранительных органах, МЧС России, - у иных третьих лиц, которым Страховщик может направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования (Правилами страхования) или законодательством Российской Федерации в целях исполнения обязательств по Договору страхования.

Перечень действий, на осуществление которых дается согласие, и общее описание способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (в т.ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, в т.ч. бумажных, носителях).

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право на проживание/пребывание в РФ, сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица, дата начала и дата окончания срока пребывания, платежные реквизиты, иные персональные данные, в том числе относящиеся к состоянию здоровья, содержащиеся в Договоре страхования и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием услуг, согласно условиям Договора страхования, а также данные, которые обрабатываются с моих слов.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. Обрабатываемые ПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

**Мною сообщены достоверные и все известные мне сведения по данному происшествию.** Об ответственности (включая уголовную) за предоставление заведомо ложных сведений об обстоятельствах данного происшествия (статьи 159, 165 УК РФ и др.) предупрежден.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись) (ФИО)

Заявление принял: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\*\* Полномочия Представителя Страхователя/Выгодоприобретателя должны быть подтверждены приложением доверенности (ее копии) с соответствующими полномочиями.

Подпись:

Дата: