

УЩЕРБ ПРИЧИНЕН В РЕЗУЛЬТАТЕ

<input type="checkbox"/> Пожар	<input type="checkbox"/> Взрыв
<input type="checkbox"/> Повреждение водой	<input type="checkbox"/> Стихийное бедствие
<input type="checkbox"/> Механическое повреждение	<input type="checkbox"/> Удар молнии
<input type="checkbox"/> Противоправные действия третьих лиц	<input type="checkbox"/> Иное (указать) <input type="text"/>

ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ

Дата события (ДД.ММ.ГГ.): Время события (ЧЧ:ММ): :

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПРИЧИНЕННЫЙ УЩЕРБ

(описать, что именно пострадало, а также указать ФИО/название организации и адрес имущества, пострадавшего от Застрахованной квартиры)

ВИНОВНИК ПРИЧИНЕННОГО УЩЕРБА

(указать Ф.И.О./название организации и адрес виновника)

ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ

(к заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие факт события и право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты)

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ – ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ

(указать ФИО, наименование организации)

--

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ (ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

Наименование банка	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Корреспондентский счет банка получателя	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
БИК банка получателя	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Номер лицевого счета получателя	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а также 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 «АЙСИС», адрес места нахождения: 115035, РФ, г. Москва, ул. Садовническая, д. 24, стр. 3, Тел.: +7 (495) 988-49-69, ООО «РусЭксперт-Сервис», адрес места нахождения: 115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 11, корп. 3, оф.17, Тел. +7 (495) 662-99-67, ООО «ТопФрейд Оценка», адрес места нахождения: 105005, г. Москва, ул. Бауманская, д.16, стр.1, Тел.+7 (495) 921-20-48, 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 опосредовано 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.

--

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ПДЛ¹

1. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования)² относитесь к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

ФИО ПДЛ:

Занимаемую должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

2. В случае, если связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

ФИО ПДЛ:

- Степень связи с ПДЛ:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Супруг/Супруга; | <input type="checkbox"/> Внук/Внучка; |
| <input type="checkbox"/> Отец/Мать; | <input type="checkbox"/> Усыновитель/усыновленный; |
| <input type="checkbox"/> Сын/Дочь; | <input type="checkbox"/> Партнеры по бизнесу; |
| <input type="checkbox"/> Брат/Сестра (в том числе неполнородные); | <input type="checkbox"/> Личные советники/консультанты; |
| <input type="checkbox"/> Дедушка/Бабушка; | <input type="checkbox"/> Лицо, которое получает материальную выгоду ввиду установленных отношений; |
| <input type="checkbox"/> Иное: _____ | |

Занимаемую должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

3. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования) и (или) связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относитесь к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите: Источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) для оплаты договора страхования:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Зарплата | <input type="checkbox"/> Процентный доход по вкладам (ценным бумагам) ; |
| <input type="checkbox"/> Пенсия | <input type="checkbox"/> Доходы от предпринимательской деятельности; |
| <input type="checkbox"/> Наследство | <input type="checkbox"/> Иные доходы: _____ |
| <input type="checkbox"/> Личные сбережения | |

¹ Лицо, указанное в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона № 115-ФЗ от 07.12.2001 «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма». Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

² В случае, если к понятию ПДЛ относятся более одного лица, настоящая форма заполняется в отношении каждого ПДЛ.

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))