

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

от . .20 г.

по полису № _____ от . .20 г. (Примечание: в данном поле указываются
наименование и реквизиты договора страхования)

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

ФАМИЛИЯ:
ИМЯ:
ОТЧЕСТВО:
ПОЛ:
ДАТА РОЖДЕНИЯ:
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ (СЕРИЯ, НОМЕР, КОГДА И КЕМ ВЫДАН, КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ):
ИНН РФ:
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):
ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):
Е-МАЙЛ (ПРИ НАЛИЧИИ):
АДРЕС ДОСТАВКИ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА, EMAIL):
ТЕЛЕФОН ДЛЯ КОНТАКТА С УКАЗАНИЕМ КОДА РЕГИОНА (РАБОЧИЙ, ДОМАШНИЙ, МОБИЛЬНЫЙ):

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением страхового события:

СТРАХОВОЕ СОБЫТИЕ (Возникновение Отдельных непредвиденных расходов Страхователя, вызванных (произошедшее у Вас событие, пожалуйста, отметьте крестиком или галочкой в окошке <input type="checkbox"/>):
<input type="checkbox"/> Утратой Покупки или Ущербом, причиненным Покупке, в результате произошедших по Адресу хранения Покупки
<input type="checkbox"/> пожара,
<input type="checkbox"/> взрыва,
<input type="checkbox"/> повреждения водой в результате тушения пожара;
<input type="checkbox"/> залива;
<input type="checkbox"/> стихийного бедствия: наводнения, града, землетрясения, бури, урагана, смерча, оползня, схода лавины, цунами, удара молнии; крушения самолета (НУЖНО ПОДЧЕРКНУТЬ);
<input type="checkbox"/> Утратой Покупки или Ущербом, причиненным Покупке, в результате Грабежа или Разбоя;
<input type="checkbox"/> Утратой Покупки или Ущербом, причиненным Покупке, в результате Кражи с незаконным проникновением в жилище по Адресу хранения Покупки, указанному в договоре страхования;
<input type="checkbox"/> (ТОЛЬКО ДЛЯ МЕБЕЛИ И КУХОНЬ): Ущербом, причиненным Покупке, в результате Дорожно-транспортного происшествия (далее – «ДТП») во время транспортировки Покупки от места приобретения до Адреса хранения Покупки в течение 7 (семи) календарных дней с момента получения Покупки из магазина/со склада);

(дата)

(подпись)

(ФИО)

ВЕЛИЧИНА ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЬНО ПО КАЖДОЙ МОДЕЛИ, ВХОДЯЩЕЙ В ПОКУПКУ)	
ПРОИЗВОДИЛИСЬ ЛИ РАСХОДЫ НА ЭКСПЕРТИЗУ ПО ОЦЕНКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОКУПКИ (ДА(указать сумму в рублях)/НЕТ):	
ДАТА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ОЦЕНКИ РАСХОДОВ(В ЧИСЛОВОМ ФОРМАТЕ День.Месяц.Год, Часов:Минут):	
□ □ . □ □ .20 □ □ г., □ □ ч: □ □ мин.	
АДРЕС ОЦЕНОЧНОЙ КОМПАНИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/ОФИС, НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ФАКС, EMAIL):	
ПРОИЗВОДИЛИСЬ ЛИ РАСХОДЫ НА ЗАМЕНУ ПОКУПКИ (ЕЁ ЧАСТИ) НА ТОВАР, АНАЛОГИЧНЫЙ ПОКУПКЕ (ЕЁ ЧАСТИ) И/ИЛИ НА РЕМОНТ (ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТОВАРНЫХ СВОЙСТВ) ПОКУПКИ (ДА(указать сумму в рублях)/НЕТ):	
РАСХОДЫ НА ЗАМЕНУ:	
РАСХОДЫ НА РЕМОНТ:	
АДРЕС И НАЗВАНИЕ МАГАЗИНА, ГДЕ БЫЛИ СОВЕРШЕНЫ РАСХОДЫ НА ЗАМЕНУ ПОКУПКИ (ее части) НА ТОВАР, АНАЛОГИЧНЫЙ ПОКУПКЕ (ее части) И/ИЛИ АДРЕС И НАЗВАНИЕ КОМПАНИИ, ГДЕ БЫЛ ОСУЩЕСТВЛЕН РЕМОНТ (восстановление товарных свойств) ПОКУПКИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/ОФИС, НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ФАКС, EMAIL):	
ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ (СТРАХОВАТЕЛЬ)	

СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПЕРЕЧИСЛИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ РЕКВИЗИТАМ (банковским переводом):

ФИО владельца счета: _____

Банк получателя _____

БИК _____ ИНН _____ КПП _____

Корр. счет _____

Расчетный счет _____

Лицевой счет _____

Прочее (номер карты и т. д.) _____

К заявлению прилагаю следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и право на получение страховой выплаты (в соответствии с пунктом 7.12 «Правил страхования финансовых рисков “Защита Покупки”»). Пожалуйста, ниже перечислите эти документы, а также впишите остальные предоставленные Вами документы:

_____ / _____ / _____
(дата) (подпись) (ФИО)

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, 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»):

- 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.

(указывается при необходимости:

« _____ » _____ 20____ г.
(дата)

М.П.)

**Примечание: заявление может также дополняться иными полями (в т. ч. взамен указанных), например, датой и номером дополнительных соглашений к договору страхования, сведениями о кредитном договоре, сроком действия страхования (договора/полиса), суммой, заявленной к выплате (если отличается от страховой суммы, указанной на момент начала страхования), положениями по вопросам обработки персональных данных и др.*

(дата)

(подпись)

(ФИО)