РОСБАНК Страхование

В Общество с ограниченной ответственностью
«СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование»
Адрес места нахождения: 105064, РФ, г. Москва,
ул. Земляной Вал, д. 9, эт. 6, пом.1, ком.1-6

Заявление
о событии, имеющего признаки страхового случая, и выплате страхового возмещения по Договору комплексного страхования расходов лиц, осуществляющих поездки за пределы места постоянного жительства (все поля являются обязательными для заполнения)

Страховой сертификат № _____ **от** (ДД.ММ.ГГ.) __ __ __ __ __ __

ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ

Дата события (ДД.ММ.ГГ.): __ __ __ __ __ __

Причины и обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая:

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Сумма выплаты: _____ Валюта: _____

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ – ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

ФИО (полностью) _____

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ

ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

Наименование банка _____

Корреспондентский счет банка получателя _____

БИК банка получателя _____

КПП банка получателя _____

ИНН _____

Номер лицевого счета получателя _____

_____ _____ __ __ __ __ __ __

(Ф.И.О. заявителя) *(Подпись заявителя)* *(Дата (ДД.ММ.ГГ.))*

РОСБАНК Страхование

ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ):

ФИО (полностью)

Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.) Гражданство

Место рождения

Документ, удостоверяющий личность

Тип документа

Серия Номер

Кем выдан

Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ) Код подразделения

ИНН РФ

Адрес регистрации:

Индекс Страна Город Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Адрес фактический: (заполнить, если не совпадает с адресом регистрации)

Индекс Страна Город Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон E-mail

Я даю свое согласие Страховщику / ООО "ЕВРОП АССИСТАНС СНГ" на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления

Для иностранных граждан:

Данные миграционной карты:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Является ли Застрахованный/ Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

☐ Да** ☐ Нет

(Ф.И.О. заявителя) *(Подпись заявителя)* *(Дата (ДД.ММ.ГГ.))*

РОСБАНК Страхование

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(заполняется, если он не является Застрахованным и действует от его имени и в его интересах):

ФИО (полностью)

Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.) Гражданство

Место рождения

Документ, удостоверяющий личность

Тип документа

Серия Номер

Кем выдан

Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ) Код подразделения

ИНН РФ

Адрес регистрации:

Индекс Страна Город Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Адрес фактический: (заполнить, если не совпадает с адресом регистрации)

Индекс Страна Город Область/край/ республика

Улица Дом Корпус Квартира

Контактная информация

Телефон E-mail

Я даю свое согласие Страховщику/ ООО "ЕВРОП АССИСТАНС СНГ" на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления

Для иностранных граждан:

Данные миграционной карты:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Является ли Застрахованный/ Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

☐ Да** ☐ Нет

Документ, подтверждающий полномочия заявителя

Наименование

Номер

Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ.) Срок действия документа

(Ф.И.О. заявителя) *(Подпись заявителя)* *(Дата (ДД.ММ.ГГ.))*

Я согласен на передачу Страховщику, ПАО РОСБАНК, ООО «ЕВРОП АССИСТАНС СНГ» документов и заключений, связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:

· лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, центрами медико-социальной экспертизы, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе содержащую врачебную тайну: справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы и т.д.;

· моим работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

· иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Я даю своё согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) ПАО РОСБАНК, юридический адрес - 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34 (далее – Банк), ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», юридический адрес - 105064, г.Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ЕВРОП АССИСТАНС СНГ», юридический адрес – 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.11/10, стр. 5, пом. IV, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, а также иным обработчикам (далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся любые третьи лица, осуществляющие обработку ПДн Страхователя/Застрахованного 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, 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 ООО «ЕВРОП АССИСТАНС СНГ» сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: в любых государственных органах и органах местного самоуправления, у юридических и физических лиц, в прокуратуре и иных правоохранительных органах, органах ЗАГС (иных компетентных органах), которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с Договором страхования, Правилами страхования или законодательством РФ.

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.

* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е. любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч. для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е. международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е. лицо, замещающее/занимающее государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Банка России, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Банка России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

** Заполняется опросный лист публичного должностного лица. Опросный лист является неотъемлемой частью настоящего Заявления, для заполнения выдается дополнительно.

_____	_____	
(Ф.И.О. заявителя)	*(Подпись заявителя)*	*(Дата (ДД.ММ.ГГ.))*

РОСБАНК Страхование

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА

ФИО полностью:

В случае, если Вы являетесь российским публичным должностным лицом (РПДЛ), укажите категорию занимаемой (замещаемой) должности:

- ☐ Государственные должности РФ;
- ☐ Должности членов Совета директоров Центрального банка РФ;
- ☐ Должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ;
- ☐ Должности в Центральном банке РФ, должности государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.

В случае, если Вы являетесь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), укажите категорию занимаемой должности:

- ☐ Глава государства (в т.ч. Правящие королевские династии) или правительства;
- ☐ Министр, их заместитель и помощник;
- ☐ Высший правительственны чиновник;
- ☐ Должностное лицо судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- ☐ Государственный прокурор и его заместитель;
- ☐ Высший военный чиновник;
- ☐ Руководитель и член Советов директоров Национального Банка;
- ☐ Посол;
- ☐ Руководитель государственных корпораций;
- ☐ Член Парламента или иного законодательного органа;
- ☐ Руководитель, заместитель руководителей международных организаций;
- ☐ Член Парламента или иного законодательного органа;
- ☐ Член ООН, ОСЭР, ОПЕК, Олимпийского комитета, Всемирного банка, член Европарламента и др.;
- ☐ Член международных судебных организаций – Суд по правам человека, Гаагский трибунал и др.

В случае, если Вы являетесь должностным лицом публичной международной организации (МПДЛ), укажите принадлежность к соответствующей международной организации:

- ☐ Региональные публичные организации – Совет Европы, институт Европейского союза, Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе и Организации американских государств и др.);
- ☐ Военные международные организации – НАТО и др.;
- ☐ Экономические организации – Всемирная торговая организация или АСЕАН и др.;
- ☐ Иное

При выборе хотя бы одной из вышеперечисленных категорий, укажите следующие сведения:

Должность:

Наименование работодателя:

Адрес работодателя:

В случае, если Вы являетесь родственником публичного должностного лица, укажите:

Степень родства:

- ☐ Супруг/Супруга;
- ☐ Отец/Мать;
- ☐ Сын/Дочь;
- ☐ Брат/Сестра (в т.ч. неполнородные);
- ☐ Внук/Внучка;
- ☐ Иное:

ФИО и должность родственника, являющегося публичным должностным лицом:

ФИО полностью:

Должность:

Укажите источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) Вами в оплату договора страхования, заключенного с ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование»:

- ☐ Заработная плата;
- ☐ Пенсия;
- ☐ Наследство;
- ☐ Личные сбережения;
- ☐ Процентный доход по вкладам (ценным бумагам);
- ☐ Доходы от предпринимательской деятельности;
- ☐ Иные доходы:

_____ _____ ☐☐☐☐☐☐

(Ф.И.О. заявителя) *(Подпись заявителя)* *(Дата (ДД.ММ.ГГ.))*