

## Извещение о поломке компонентов транспортного средства

Договор (Полис страхования) № \_\_\_\_\_ действует с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,  
 Марка/модель ТС \_\_\_\_\_, год выпуска \_\_\_\_\_,  
 VIN \_\_\_\_\_,  
 гос. рег. номер \_\_\_\_\_ фактическая дата окончания  
 гарантии Изготовителя ТС \_\_\_\_\_ Укажите все пройденные регулярные ТО (технические обслуживания ТС)  
 – год и место прохождения (название тех. центра):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Дата и время поломки: \_\_\_\_\_
2. Пробег ТС на дату поломки: \_\_\_\_\_
3. Адрес места обнаружения поломки: \_\_\_\_\_
4. Дата обращения в Технический центр: \_\_\_\_\_
5. Перечень признаков поломки: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Обстоятельства обнаружения поломки, в том числе, но не ограничиваясь, при каких обстоятельствах возникла неисправность, всегда ли она проявляется, двигалось ли ТС после поломки самостоятельно, наблюдалась ли неисправность на момент прохождения ТО:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. К заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая, и право на получение страховой выплаты:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**В случае невозможности организовать ремонт застрахованного имущества, прошу выплатить страховое возмещение на мой расчетный счет:**

Реквизиты (указать реквизиты для перечисления страхового возмещения, все поля обязательные. Если реквизиты не указаны, то для выплаты лицу, являющемуся Страхователем по вышеуказанному договору страхования, будут использованы реквизиты счета, указанного в договоре страхования):												
Наименование Банка получателя												
Корреспондентский счет банка получателя												
Расчетный счет получателя (при наличии л/с или номера карты указать р/с банка)												
БИК банка получателя												
КПП банка получателя												
ИНН банка получателя												
№ лицевого счета или номер карты получателя (20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт счет)												

**Данные Страхователя / Выгодоприобретателя**

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: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты для получения юридически значимых сообщений: \_\_\_\_\_

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 Выгодоприобретатель публичным должностным лицом\*, его супругом, близким родственником?

ДА  НЕТ

**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

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

**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 159.5 УК РФ и др.) предупрежден.

В целях осуществления страхового возмещения по Договору страхования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. даю свое согласие Страховщику осуществлять обработку моих персональных данных, а также поручить обработку моих персональных данных (фамилия, имя и отчество, пол, дата и место рождения, паспортные данные, гражданство, номер миграционной карты, адреса мест регистрации и проживания, номер телефона, ИНН, сведения о банковской карте, номер банковского счёта) ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», юридический адрес – 105064, г. Москва, Земляной вал, д.9, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, ООО ИНТЕР ПАРТНЕР АССИСТАНС РУС, юридический адрес \_\_\_\_\_, а также иным обработчикам

(далее – «Обработчики»). При этом к иным обработчикам относятся страховые агенты, иные третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных Страхователя/Выгодоприобретателя/Представителя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, перестрахования, возмездного оказания услуг, о взаимном сотрудничестве, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с предоставлением страховой услуги. Обработка моих персональных данных Обработчиками, включая Страховщика, может включать в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка моих персональных данных Обработчиками может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

\* 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 Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(дата заполнения заявления Заявителем)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись Заявителя)

(ФИО Заявителя)

Заявление принял сотрудник:

Наименование организации: \_\_\_\_\_

Должность сотрудника: \_\_\_\_\_

Ф. И. О. Сотрудника и подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата принятия Заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.