

Заявитель является (нужное отметить)

- Собственником/ арендатором Застрахованной квартиры/ жилого дома;
- Пострадавшим от Застрахованной квартиры/ жилого дома;
- Иное (указать) _____

ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ (заполнить, если не является Заявителем)

Выгодоприобретатель (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 _____

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.): _____

Адрес регистрации: (заполнить, если не совпадает с адресом поврежденной квартиры/ жилого дома)

Индекс _____ Страна _____ Город _____ Область/край/ республика _____

Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

Адрес проживания: (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 на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления

Является ли 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.))

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 СОБЫТИЕДата 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/ жилого дома)

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 type="text"/>
Корреспондентский счет банка получателя	<input type="text"/>
БИК банка получателя	<input type="text"/>
Номер лицевого счета получателя	<input type="text"/>

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», юридический адрес – 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 107878, 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 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, 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 Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном Банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

<hr/>	<hr/>	<input type="text"/>
(ФИ.О. заявителя)	(Подпись заявителя)	(Дата (ДД.ММ.ГГ.))