

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату по договору/ам страхования

1. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							
2. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							
3. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ

Заявитель (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 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

Индекс Страна Область/край/республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

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

Индекс Страна Область/край/республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

Контактная информация:

Телефон +7 E-mail

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления.

Заполняется независимо от гражданства:

Является ли Заявитель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

☐ Да ☐ Нет

*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

☐	Собственного имени и в своих интересах
☐	Имени и в интересах Выгодоприобретателя

Выгодоприобретатель (ФИО полностью)
Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.) Гражданство
Место рождения

[illegible]

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.):

Индекс Страна Область/край/ республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

Индекс Страна Область/край/ республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

[illegible]

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления.

Является ли Заявитель публичным должностным лицом (ПДЛ)*, супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

☐ Да ☐ Нет

*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

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

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ (ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

- ☐ Прошу страховую выплату перевести на счет, указанный в договоре страхования/заявлении на страхование, по которым подано настоящее заявление на страховую выплату
- ☐ Иной счет:

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ВЫБРАН ИНОЙ СЧЕТ

Наименование банка	
Корреспондентский счет банка получателя	
БИК банка получателя	
Номер лицевого счета получателя	

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «СОСЪЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», юридический адрес – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр. 1, АНО «Центральное бюро независимых судебных экспертов» юридический адрес - 127081, Российская Федерация, город Москва, Ясный проезд д. 4 корп.2, 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 3ст13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

- в лечебно-профилактических организациях (в том числе больничных, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, центрах медико-социальной экспертизы, учреждениях скорой помощи независимо от формы собственности, у врачей частной практики) и особого типа (в том числе центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро) учреждениях здравоохранения, в том числе в виде справок и актов о подтверждении инвалидности, копий медицинских карт (историй болезни), выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни) , актов медицинского освидетельствования , актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;

- у работодателя, в органах и учреждениях МВД России, прокуратуре и иных правоохранительных органах, МЧС России, органах ЗАГС (иных компетентных органах), в том числе в виде копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

- у иных третьих лиц, которым Страховщик вправе 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.))

