



**Заявитель является**

<input type="checkbox"/>	Собственником застрахованного имущества	<input type="checkbox"/>	Иное (указать) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Представителем		

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕМ**

Выгодоприобретатель (ФИО полностью)	<input type="text"/>		
Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.)	<input type="text"/>	Гражданство	<input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>		

**Документ, удостоверяющий личность**

Тип документа	<input type="text"/>		
Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>		
Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ.)	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>		

**Для иностранных граждан:**

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

Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>
Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ.):	<input type="text"/>		
Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ.):	<input type="text"/>		

**Адрес регистрации:**

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Область/край/ республика	<input type="text"/>
Город	<input type="text"/>	Улица	<input type="text"/>		
Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

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

Индекс	<input type="text"/>	Страна	<input type="text"/>	Область/край/ республика	<input type="text"/>
Город	<input type="text"/>	Улица	<input type="text"/>		
Дом	<input type="text"/>	Корпус	<input type="text"/>	Квартира	<input type="text"/>

**Контактная информация:**

Телефон +7	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
------------	----------------------	--------	----------------------

Прошу Страховщика использовать СМС и/или сообщения по электронной почте как основной канал связи со мной для обмена информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.

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

<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	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.

**Документ, подтверждающий полномочия заявителя**

Наименование	<input type="text"/>		
Номер	<input type="text"/>		
Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ.)	<input type="text"/>	Срок действия документа	<input type="text"/>

---

(Ф.И.О. Заявителя)

---

(Подпись Заявителя)

---

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))





Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ 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 услуги 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»):

- у 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 (вт.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.))

