

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОБЫТИИ, ИМЕЮЩЕМ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ,
И ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ «ЗАЩИТА ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ»**

№ _____ от ..20г.

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Фамилия, имя и отчество (при наличии)		
ПОЛ:		
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ГРАЖДАНСТВО
Реквизиты документа, удостоверяющего личность (СЕРИЯ, НОМЕР, КОГДА И КЕМ ВЫДАН, КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ):		
ИНН РФ:		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):		
ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):		
Е-МАИЛ (ПРИ НАЛИЧИИ):		
АДРЕС ДОСТАВКИ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):		
КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА С УКАЗАНИЕМ КОДА РЕГИОНА (РАБОЧИЙ, ДОМАШНИЙ, МОБИЛЬНЫЙ):		
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 Получатель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Наименование и реквизиты документа, подтверждающего наличие у лица полномочий представителя клиента (Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/Представителя):		

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

ПРОШУ ПРИЗНАТЬ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ СОБЫТИЕ, ПРОИЗОШЕДШЕЕ ПРИ НИЖЕИЗЛОЖЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ, И ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ:

<p>НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ СОБЫТИЕ, КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВПОСЛЕДСТВИИ ПРИЗНАНО СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ, ПРОИЗОШЛО В РЕЗУЛЬТАТЕ (пожалуйста, отметьте произошедшее у Вас событие крестиком или галочкой в окошке <input type="checkbox"/>):</p> <p><input type="checkbox"/> Потери (ключей от принадлежащего Страхователю транспортного средства, комплекта ключей от жилого помещения, паспорта гражданина РФ, водительского удостоверения, свидетельства о регистрации транспортного средства, а также иных личных вещей, указанных в Договоре страхования, <u>кроме мобильного телефона</u>);</p> <p><input type="checkbox"/> Хищения (ключей от принадлежащего Страхователю транспортного средства, комплекта ключей от жилого помещения, паспорта гражданина РФ, водительского удостоверения, свидетельства о регистрации транспортного средства, мобильного телефона, а также иных личных вещей, указанных в Договоре страхования).</p>

УВЕДОМЛЯЛСЯ ЛИ СТРАХОВЩИК ИЛИ ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ТЕЛЕФОНУ ОБ УТРАТЕ (ПОТЕРЕ, ХИЩЕНИИ) ЛИЧНОЙ ВЕЩИ?	
<input type="checkbox"/> ДА	
<input type="checkbox"/> НЕТ	
О ХИЩЕНИИ ЗАЯВЛЕНО В (УКАЗАТЬ АДРЕС И НАИМЕНОВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИЦИИ, СМ. ПУНКТ 7.2. «ПРАВИЛ СТРАХОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ “ЗАЩИТА ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ”»):	
УСТАНОВЛЕНО ЛИ ВИНОВНОЕ В ХИЩЕНИИ ЛИЦО? (ДА (указать его ФИО, адрес и телефон)/НЕТ):	
ПРОИЗВОДИЛОСЬ ЛИ ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА ВИНОВНЫМ В ХИЩЕНИИ ЛИЦОМ? (ДА (указать сумму в рублях)/НЕТ):	
ПЕРЕЧЕНЬ УТРАЧЕННЫХ ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ (КЛЮЧИ ОТ ПРИНАДЛЕЖАЩЕГО СТРАХОВАТЕЛЮ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА, КОМПЛЕКТ КЛЮЧЕЙ ОТ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ, ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ, ВОДИТЕЛЬСКОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ, СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ ТРАНСПОРТНОГО СРЕДСТВА, МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИЩЕНИЯ), А ТАКЖЕ ИНЫЕ ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ, УКАЗАННЫЕ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ):	
ПРИЧИНЫ, ХАРАКТЕР И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО СОБЫТИЯ (ПОДРОБНО):	
ВЕЛИЧИНА ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ (УКАЗЫВАЕТСЯ ОТДЕЛЬНО ПО КАЖДОЙ УТРАЧЕННОЙ ЛИЧНОЙ ВЕЩИ В РУБЛЯХ):	

СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПЕРЕЧИСЛИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ РЕКВИЗИТАМ (банковским переводом):				
ФИО получателя:				
Банк получателя:				
БИК		ИНН		КПП
Корр. счет				
Расчетный счет				
Лицевой счет				

Прочее (номер карты и т.д.) _____

ДАННЫЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ (заполняется в случае если Получатель страховой выплаты не является Страхователем или Заявителем):

Фамилия, имя и отчество (при наличии)

ПОЛ:		
ДАТА РОЖДЕНИЯ:	МЕСТО РОЖДЕНИЯ	ГРАЖДАНСТВО
Реквизиты документа, удостоверяющего личность (СЕРИЯ, НОМЕР, КОГДА И КЕМ ВЫДАН, КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ):		
ИНН РФ:		
АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):		
ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА):		
Е-МАИЛ (ПРИ НАЛИЧИИ):		
АДРЕС ДОСТАВКИ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ (ИНДЕКС, ГОРОД, ОБЛАСТЬ/РЕГИОН, УЛИЦА, ДОМ/СТРОЕНИЕ/КОРПУС/КВАРТИРА, НОМЕР ТЕЛЕФОНА, Е-МАИЛ):		
ТЕЛЕФОН ДЛЯ КОНТАКТА С УКАЗАНИЕМ КОДА РЕГИОНА (РАБОЧИЙ, ДОМАШНИЙ, МОБИЛЬНЫЙ):		
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 Получатель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником? <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.

На основании пункта 7.12. «Правил страхования финансовых рисков «Защита личных вещей»» к заявлению прилагаю следующие документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и право на получение страховой выплаты (согласно п. 7.13. «Правил страхования финансовых рисков «Защита личных вещей»» «Документы должны предоставляться в виде оригиналов или в виде копий, заверенных нотариально или органом/учреждением/организацией, который/-ое/-ая выдал/-о/-а документ и/или располагает его подлинником»):

№ п/п	Наименование документа

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, ООО «майСэйфити», адрес места нахождения: 101000 г. Москва, Архангельский пер д. 3 стр. 1 офис 33, Тел.: + 7 495 641-00-44, 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 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 (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 публичнодолжностного 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.

« ___ » _____ 20 ____ г.
(Дата подачи Заявления)

_____ (Подпись Заявителя)

_____ (Ф.И.О. Заявителя)