

ЗАЯВЛЕНИЕ

о событии, имеющем признаки страхового случая и выплате страхового возмещения по комплексному страхованию имущества и сопутствующих рисков по

Договору страхования № от (ДД.ММ.ГГ.)

Договору страхования № от (ДД.ММ.ГГ.)

Договору страхования № от (ДД.ММ.ГГ.)

Адрес поврежденной квартиры:

Индекс Страна Город Область/край/ республика
Улица Дом Корпус Квартира

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 (заполнить, если не совпадает с адресом поврежденной квартиры):

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.

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

Заявитель является (нужное отметить)

☐	Собственником/ арендатором Застрахованной квартиры;
☐	Пострадавшим от Застрахованной квартиры;
☐	Иное (указать)

ДАННЫЕ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯ (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 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):

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.

Является ли Выгодоприобретатель 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.

Документ, подтверждающий полномочия заявителя

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

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

☐	Пожар	☐	Взрыв
☐	Повреждение водой	☐	Стихийное бедствие
☐	Механическое повреждение	☐	Удар молнии
☐	Противоправные действия третьих лиц	☐	Иное (указать)

Дата события (ДД.ММ.ГГ.): Время события (ЧЧ:ММ): :

(описать, что именно пострадало, а также указать ФИО/название организации и адрес имущества, пострадавшего от Застрахованной квартиры)

(указать Ф.И.О./название организации и адрес виновника)

(к заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие факт события и право Выгодоприобретателя на получение страховой выплаты)

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ – ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ
(указать ФИО, наименование организации)

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ (ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

Наименование банка

Корреспондентский счет банка
получателя

БИК банка получателя

Номер лицевого счета
получателя

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а также 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 «АЙСИС», адрес места нахождения: 115035, РФ, г. Москва, ул. Садовническая, д. 24, стр. 3, Тел.: +7 (495) 988-49-69, ООО «РусЭксперт-Сервис», адрес места нахождения: 115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 11, корп. 3, оф.17, Тел. +7 (495) 662-99-67, ООО «ТопФрейм Оценка», адрес места нахождения: 105005, г. Москва, ул. Бауманская, д.16, стр.1, Тел.+7 (495) 921-20-48, 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 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. Обработываемые 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.))

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))