

В Общество с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование» Адрес места нахождения: 107078, РФ, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, ком. 62

## Заявление

о событии, имеющего признаки страхового случая, и выплате страхового возмещения по Договору комплексного страхования расходов лиц, осуществляющих поездки за пределы места постоянного жительства (все поля являются обязательными для заполнения)

<b>ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ</b> Дата события (ДД,ММ,ГГ,):  Причины и обстоятельства наступления события, имеюще	
Причины и обстоятельства наступления события, имеюще	
	го признаки страхового случая::
СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	
Сумма выплаты:	Валюта:
ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ – ВЫГОДОПРИОБ	DETATERL
	PEIAIDID
ФИО (полностью)	
<b>БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ</b> (BG	СЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)
Наименование банка	
Корреспондентский счет банка получателя	
БИК банка получателя	
КПП банка получателя	
инн	
Номер лицевого счета получателя	

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))



## ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ): ФИО (полностью) Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.) Гражданство Место рождения Документ, удостоверяющий личность Тип документа Номер Серия Кем выдан Дата выдачи (ДД.ММ.ГГ) Код подразделения ИНН РФ Адрес регистрации Область/край/ Индекс Страна республика Улица Город Дом Квартира Корпус Адрес проживания (заполнить, если не совпадает с адресом регистрации): Область/край/ Индекс Страна республика Улица Город Дом Корпус Квартира Контактная информация: Телефон **+7** E-mail Я даю свое согласие Страховщику / ООО "ЕВРОП АССИСТАНС СНГ" на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления. Для иностранных граждан: Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ: Номер Серия Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ): Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

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

Является ли Застрахованный/ Выгодоприобретатель публичным должностным лицом (ПДЛ)\*,

супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ?

Да

Нет

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))



## ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ваполняется, если																	
РИО (полностью)																	
цата рождения (ДД	.ММ.ГГ.)					Граж	кданс	тво									
есто рождения																	
окумент, удосто	веряющі	ий личі	ность														
ип документа																	
ерия						H	Іомер										
ем выдан																	
ата выдачи (ДД.М1	√.ГГ) [					К	од по	дразд	елен	ИЯ							
НН РФ																	
Адрес регистрац	ии																
Индекс		c	трана						іасть публ		й/						
Город			Ул	ица													
Дом	Корпус		Кварті	ира													
Адрес проживан	ия (запо	лнить,	если н	Ie coe	зпадае	т с адр	есом	регис	тра	ции)	):						
Индекс		С	трана						асть публ		й/						
									,								
Город			Ул	іица													
	Корпус		Ул Кварті														
Дом <b>Контактная инфо</b> Телефон +7	<b>ормация</b> : ие Страхо	овщику	Кварти	ира	ОП АС							CMG	Сил	пи с	юоб	щен	ІИЙ
Дом  Контактная инфо Телефон +7  даю свое согласто электронной по  Для иностранны  Данные документ	ие Страхорчте с инс х гражда а, подтве	овщику формаг	Кварти // ООО цией о с	ира	OΠ ACC	СИСТАН смотрен	ния да	анного	заяв	<sub>-</sub> влен	ия.						ІИЙ
Дом  Контактная инфе Гелефон +7  даю свое соглас по электронной по  Для иностранны  Данные документа	ие Страхорчте с инс х гражда а, подтве	овщику формаг	Кварти // ООО цией о с	ира	OΠ ACC	СИСТАН смотрен анного	ния да	анного	заяв	<sub>-</sub> влен	ия.						ий
Дом  Контактная инфонтактная инфонтактная инфонтактнай поражений поражений поражений поражений пребывание в РФ: Серия	ие Страхо очте с ин <b>х гражда</b> а, подтве	овщику формаг <b>эн:</b> рждаю	Кварти // ООО цией о о	ира	OΠ ACC	СИСТАН смотрен анного	ния да	анного	заяв	<sub>-</sub> влен	ия.						ий
Контактная инфотелефон +7  Я даю свое согласто электронной потелефон по данные документа пребывание в РФ: Серия  Дата начала срока	ие Страхо очте с ин <b>х гражда</b> а, подтве	овщику формац э <b>н:</b> рждаю	Кварти	пра право и п	ОП АСС се расс	СИСТАН смотрен анного	ния да	анного	заяв	<sub>-</sub> влен	ия.						ий
Дом  Контактная инфе Телефон +7  Даю свое согласто электронной по  Для иностранны  Данные документа пребывание в РФ  Серия  Дата начала срока  Дата окончания ср	ие Страхочте с ин- х гражда а, подтве п пребыва рока преб	овщику формаг ан: рждаю ания (Д бывани	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГГ я (ДД.М	ира	ОП АСС	СИСТАН :мотрен анного Но	граж, мер	данин	заяв	и лиц	ия.	ез гр	•аж,	дан	СТВ		пий
Дом  Контактная информа Телефон +7  Я даю свое согластно электронной по электронной по фотранны Данные документы пребывание в РФ: Серия Дата начала срока Дата окончания срока Является ли Застно окупругом ПДЛ, бл	ие Страхованнизким рахованнизким р	овщику форман рждаю ания (Д бывани ный/ Вы одстве	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГГ я (ДД.М	ира	ОП АСС	СИСТАН :мотрен анного Но	граж, мер	данин	заяв	и лиц	ия.	ез гр	•аж,	дан	СТВ		ий
Дом  Контактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтакт и пребывание в РФ: Серия  Дата начала срока  Дата окончания сконтактная окончания сконтактная инфонтактная инфонтактная сконтактная скопругом ПДЛ, бл	ие Страхочте с ин- х гражда а, подтве пребыва рока преб	овщику форман рждаю ания (Д бывани ный/ Вы одстве Нет	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.Гі я (ДД.М	"ЕВРОстатуо раво и	ОП АСС се расс иностр ретате	СИСТАН ЭМОТРЕН ЗАННОГО НО	ния да граж, мер личні	данин	заяв	и лиц О <b>стн</b>	ым Л	лицс	»аж,	дан	СТВа	ана	
Дом  Контактная инфе Телефон +7  Я даю свое соглас по электронной по Для иностранны Данные документ пребывание в РФ: Серия  Дата начала срока Дата окончания ск Супругом ПДЛ, бл Да  *Перечень должност	ие Страхочте с ино х гражда а, подтве во пребыва во ва пребыва во вахованнизким р	овщику формац рждаю ания (Д бывани ный/ Вы одстве Нет	Кварти // ООО цией о с  д.мм.гі я (дд.м ыгодопі нником	"ЕВРОстатуо раво и г): риобі и ПДЛ	ОП АСС се расс иностр : : : : : : :	СИСТАН СМОТРЕН анного Но	граж, мер личны	данин:	заява или	и лиц ОСТН	ия.	чии»»	<b>раж,</b>	<b>дан</b>	СТВа	ана	
Дом  Контактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактное в рефонтактное в	ие Страхочте с институте с ин	овщику форман рждаю бывани ный/Вь одстве Нет	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГІ я (ДД.М ыгодопр нником	"ЕВРОСТАТУО ОВВО И ПОВ И ПОВ	ОП АСС се расс иностр ретате 1?	СИСТАН смотрен анного Но ель пуб.	граж, мер личны	данин:	заява или	и лиц ОСТН	ия.	чии»»	<b>раж,</b>	<b>дан</b>	СТВа	ана	
Дом  Контактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтактная инфонтакт и электронной поражданные документа пребывание в РФ: Серия  Дата начала срока Дата окончания срока Супругом ПДЛ, бла  Да  *Перечень должност сайте Компании. Ука	ие Страхочте с институте с ин	овщику форман рждаю бывани ный/Вь одстве Нет	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГІ я (ДД.М ыгодопр нником	"ЕВРОСТАТУО ОВВО И ПОВ И ПОВ	ОП АСС се расс иностр ретате 1?	СИСТАН смотрен анного Но ель пуб.	граж, мер личны	данин:	заява или	и лиц ОСТН	ия.	чии»»	<b>раж,</b>	<b>дан</b>	СТВа	ана	
Дом  Контактная инфе Телефон +7  Я даю свое соглас по электронной по Для иностранны Данные документ пребывание в РФ: Серия  Дата начала срока Дата окончания ср супругом ПДЛ, бл  Да  *Перечень должност сайте Компании. Ука	ие Страхочте с институте с ин	овщику форман рждаю бывани ный/Вь одстве Нет	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГІ я (ДД.М ыгодопр нником	"ЕВРОСТАТУО ОВВО И ПОВ И ПОВ	ОП АСС се расс иностр ретате 1?	СИСТАН смотрен анного Но ель пуб.	граж, мер личны	данин:	заява или	и лиц ОСТН	ия.	чии»»	<b>раж,</b>	<b>дан</b>	СТВа	ана	
Дом  Контактная информа Телефон +7  Я даю свое согластно электронной по электронной по фотранны Данные документы пребывание в РФ: Серия Дата начала срока Дата окончания срока Является ли Застно окупругом ПДЛ, бл	ие Страхочте с ино х гражда а, подтве в пребыва пребыва пребыва пребыва в рахованный по рахования в том	овщику форман рждаю бывани ный/Вь одстве Нет	Кварти // ООО цией о о щего пр Д.ММ.ГІ я (ДД.М ыгодопр нником	"ЕВРОСТАТУО ОВВО И ПОВ И ПОВ	ОП АСС се расс иностр ностр ретате 1?	СИСТАН смотрен анного Но ель пуб.	граж, мер личны	данин:  оми дол  «Раскр  еления	заяв или	и лиц	ия.	чии»»	<b>раж,</b>	<b>дан</b>	СТВа	ана	

(Ф.И.О. Заявителя) (Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))



Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а также поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, этаж2, 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, ООО «Европ Ассистанс СНГ», адрес места нахождения: 115114, РФ, г. Москва, ул. Летниковская д.11/10 стр.5 пом.VI, Тел.:+7(495) 7872178, 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: (вт.ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно п.3ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-Ф3 «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 в праве 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, вт.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, номертелефона, 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 Обработчикам и 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.

 	 	- 11

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))



## ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ПДЛ<sup>1</sup>

		ания/ или участник операции, осуществляемои в рамках 1, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:
ФИО ПДЛ:		
Занимаемую должност	ъ пдл:	
Наименование работод	дателя ПДЛ:	
Адрес работодателя П,	дл:	
	емой в рамках договора стра	гником договора страхования/ или с участником ахования) лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч.
ФИО ПДЛ:		
Степень связи с ПДЛ:	Супруг/Супруга;  Отец/Мать;  Сын/Дочь;  Брат/Сестра (в том числе неполнородные); Дедушка/Бабушка;  Иное:	Внук/Внучка; Усыновитель/усыновленный; Партнеры по бизнесу; Личные советники/консультанты; Лицо, которое получает материальную выгоду ввиду установленных отношений;
Занимаемую должнос	гь ПДЛ:	
Наименование работо	дателя ПДЛ:	
Адрес работодателя П	дл:	
рамках договора страх участником операции ПДЛ,в т.ч. согласно	хования) и (или) связанное с , осуществляемой в рамках	хования/ или участник операции, осуществляемой в Вами (или с участником договора страхования/ или с договора страхования) лицо относитесь к категории ите: Источники происхождения денежных средств, страхования::
Заработная плата Пенсия Наследство Личные сбережен	Доходы иные дох	ный доход по вкладам (ценным бумагам) ; от предпринимательской деятельности; коды:

(Подпись Заявителя) (Дата (ДД.ММ.ГГ.))

(Ф.И.О. Заявителя)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Лицо, указанное в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона № 115-ФЗ от 07.12.2001 «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма». Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Компании. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> В случае, если к понятию ПДЛ относятся более одного лица, настоящая форма заполняется в отношении каждого ПДЛ.