РОСБАНК Страхование

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)

Страховой сертификат № _____ **от** (ДД.ММ.ГГ.) __ __ __ __ __ __

ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ

Дата события (ДД.ММ.ГГ.): __ __ __ __ __ __

Причины и обстоятельства наступления события, имеющего признаки страхового случая:

СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Сумма выплаты: _____ Валюта: _____

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ – ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЬ

ФИО (полностью) _____

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ (ВСЕ 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.))*

РОСБАНК Страхование

ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО (ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯ):

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

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 / 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:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Является ли Застрахованный/ 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.

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

РОСБАНК Страхование

ДАННЫЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

(заполняется, если он не является Застрахованным и действует от его имени и в его интересах):

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

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 / 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:

Серия Номер

Дата начала срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Дата окончания срока пребывания (ДД.ММ.ГГ):

Является ли Застрахованный/ 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.))*

РОСБАНК Страхование

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-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 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, 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 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.

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

РОСБАНК Страхование

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ПДЛ[1]

1. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования)[2] относитесь к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

ФИО ПДЛ:

Занимаемую должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

---

2. В случае, если связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относится к категории ПДЛ, в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите:

ФИО ПДЛ:

Степень связи с ПДЛ:

- ☐ Супруг/Супруга;
- ☐ Отец/Мать;
- ☐ Сын/Дочь;
- ☐ Брат/Сестра (в том числе неполнородные);
- ☐ Дедушка/Бабушка;
- ☐ Внук/Внучка;
- ☐ Усыновитель/усыновленный;
- ☐ Партнеры по бизнесу;
- ☐ Личные советники/консультанты;
- ☐ Лицо, которое получает материальную выгоду ввиду установленных отношений;
- ☐ Иное: _____

Занимаемую должность ПДЛ:

Наименование работодателя ПДЛ:

Адрес работодателя ПДЛ:

---

3. В случае, если Вы (или участник договора страхования/ или участник операции, осуществляемой в рамках договора страхования) и (или) связанное с Вами (или с участником договора страхования/ или с участником операции, осуществляемой в рамках договора страхования) лицо относитесь к категории ПДЛ,в т.ч. согласно Перечню должностей, укажите: Источники происхождения денежных средств, переводимых (переведенных) для оплаты договора страхования::

- ☐ Заработная плата
- ☐ Пенсия
- ☐ Наследство
- ☐ Личные сбережения
- ☐ Процентный доход по вкладам (ценным бумагам) ;
- ☐ Доходы от предпринимательской деятельности;
- ☐ Иные доходы: _____

---

[1] 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.

[2] В случае, если к понятию ПДЛ относятся более одного лица, настоящая форма заполняется в отношении каждого ПДЛ.

_____ _____ ☐☐☐☐☐☐

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