

ЗАЯВЛЕНИЕ

на страховую выплату по договору/ам страхования

1. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							
2. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							
3. Договор страхования №		от (ДД.ММ.ГГ.)							

Прошу произвести страховую выплату в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая:

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

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.

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

ФИО полностью: _____

Дата рождения (ДД.ММ.ГГ.) Гражданство

Паспортные данные: Серия Номер

ДАННЫЕ О КРЕДИТНЫХ ДОГОВОРАХ (КРОМЕ ПРОДУКТА «МОЯ ЛИЧНАЯ ЗАЩИТА»)

[illegible]

ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ, ИМЕЮЩЕМ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

Дата наступления события (ДД.ММ.ГГ.):

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

☐ Смерть ☐ Инвалидность I гр. ☐ Инвалидность II гр. ☐ Временная нетрудоспособность
☐ Травма (указать диагноз):

Описание обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового случая:

Сведения о медицинских учреждениях, в которых Застрахованное лицо наблюдалось / обращалось за медицинской помощью:

1. Наименование:				
Адрес:	Индекс:		Город и область:	
	Улица:		Дом:	
			Корпус:	
2. Наименование:				
Адрес:	Индекс:		Город и область:	
	Улица:		Дом:	
			Корпус:	

К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

☐ Заявитель ☐ Выгодоприобретатель

(Ф.И.О. Заявителя)

(Подпись Заявителя)

(Дата (ДД.ММ.ГГ.))

- ☐ Прошу страховую выплату перевести на счет, указанный в договоре страхования/заявлении на страхование, по которым подано настоящее заявление на страховую выплату
- ☐ Иной счет:

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ВЫБРАН ИНОЙ СЧЕТ (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», юридический адрес - г. Москва, ул. Маши Порываевой, д. 34, этаж 2, 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, а также иным обработчиком (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»):

- 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 вправе 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. 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.))

ОПРОСНИК ПУБЛИЧНОГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ПДЛ¹

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;	☐ Внук/Внучка;
☐ Отец/Мать;	☐ Усыновитель/усыновленный;
☐ Сын/Дочь;	☐ Партнеры по бизнесу;
☐ Брат/Сестра (в том числе неполнородные);	☐ Личные советники/консультанты;
☐ Дедушка/Бабушка;	☐ 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	☐ Процентный доход по вкладам (ценным бумагам);
☐ Пенсия	☐ Доходы от предпринимательской деятельности;
☐ Наследство	☐ Иные доходы: _____
☐ Личные сбережения	

¹ Лицо, указанное в подпункте 1 пункта 1 статьи 73 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.