

Извещение о поломке компонентов транспортного средства

Договор (Полис страхования) № _____ действует с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.,
 Марка/модель ТС _____, год выпуска _____,
 VIN _____,
 гос. рег. номер _____ фактическая дата окончания
 гарантии Изготовителя ТС _____ Укажите все пройденные регулярные ТО (технические обслуживания ТС)
 – год и место прохождения (название тех. центра):

1. Дата и время поломки: _____
2. Пробег ТС на дату поломки: _____
3. Адрес места обнаружения поломки: _____
4. Дата обращения в Технический центр: _____
5. Перечень признаков поломки: _____

6. Обстоятельства обнаружения поломки, в том числе, но не ограничиваясь, при каких обстоятельствах возникла неисправность, всегда ли она проявляется, двигалось ли ТС после поломки самостоятельно, наблюдалась ли неисправность на момент прохождения ТО:

7. К заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие наступление события, имеющего признаки страхового случая, и право на получение страховой выплаты:

В случае невозможности организовать ремонт застрахованного имущества, прошу выплатить страховое возмещение на мой расчетный счет:

Реквизиты (указать реквизиты для перечисления страхового возмещения, все поля обязательные. Если реквизиты не указаны, то для выплаты лицу, являющемуся Страхователем по вышеуказанному договору страхования, будут использованы реквизиты счета, указанного в договоре страхования):												
Наименование Банка получателя												
Корреспондентский счет банка получателя												
Расчетный счет получателя (при наличии л/с или номера карты указать р/с банка)												
БИК банка получателя												
КПП банка получателя												
ИНН банка получателя												
№ лицевого счета или номер карты получателя (20 или 22 знака в зависимости от того, где открыт счет)												

Данные Страхователя / Выгодоприобретателя

Ф.И.О. (полностью): _____
 Дата рождения: _____ Место рождения: _____
 Гражданство: _____
 Документ, удостоверяющий личность: _____

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан
 Адрес регистрации: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира
Адрес фактический: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты для получения юридически значимых сообщений: _____

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 Выгодоприобретатель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником?

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.

Данные Заявителя/Представителя **

(заполняется, если он не является Выгодоприобретателем и/или действует от его имени и в его интересах)

Ф.И.О. (полностью): _____

Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан

Адрес регистрации: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Адрес фактический: _____

индекс, город, улица, дом, корпус/строение, квартира

Контактный телефон: _____ e-mail: _____

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 Заявитель/Представитель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником?

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.

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия Заявителя/ Представителя: _____

В целях осуществления страхового возмещения по Договору страхования № _____ от _____ г.

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 «Оксиджен», адрес места нахождения: 107031 г. Москва, ул. Б. Дмитровка 32с4 помещение VII, комнаты 2-13, Тел.: + 7 495 730 60 72, 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 опосредованно 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 летпосле его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ. ОбрабатываемыеПДн подлежат хранению в течение срока действия согласия, если иное не установлено законодательством РФ. Согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Мною сообщены достоверные и все известные мне сведения по данному происшествию. Об ответственности (включая уголовную) за предоставление заведомо ложных сведений об обстоятельствах данного происшествия (статьи 159, 165 УК РФ и др.) предупрежден.

« _____ » _____ 20__ г. / _____ /
(дата заполнения заявления Заявителем) (подпись Заявителя) (ФИО Заявителя)
Заявление принял сотрудник: _____
Наименование организации: _____
Должность сотрудника: _____
Ф. И. О. Сотрудника и подпись: _____ / _____ /
Дата принятия Заявления: « _____ » _____ 20__ г.