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

росбанк страхование

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату по Договору страхования финансовых рисков владельцев транспортных средств («GAP», «Риски под контролем»)

1. Договор № _____ **От** (ДД.ММ.ГГ.) __ __ __ __ __ __

2. Договор № _____ **От** (ДД.ММ.ГГ.) __ __ __ __ __ __

Марка/модель транспортного средства _____

Гос. номер __ __ __ __ __ __ __ __ __

VIN __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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 _____

Прошу Страховщика использовать СМС и/или сообщения по электронной почте как основной канал связи со мной для обмена информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.

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.))*

росбанк страхование

Заявитель является

☐ Собственником застрахованного имущества

☐ Представителем ☐ Иное (указать)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ

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

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

Прошу Страховщика использовать СМС и/или сообщения по электронной почте как основной канал связи со мной для обмена информацией о статусе рассмотрения данного заявления на страховую выплату.

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.))*

росбанк страхование

Тип события (отметить нужное)

☐ Угон

☐ Полная гибель

ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ

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

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

Полученные или причитающиеся выплаты от третьих лиц (указать сумму и от кого было получено возмещение):

По договору КАСКО:

По договору ОСАГО:

Иное:

Для полисов «Риски под контролем»: понесенные дополнительные расходы (указать сумму и тип расхода):

☐ Эвакуация:

☐ Расходы на проведение независимой экспертизы:

☐ Иное:

ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ

(к заявлению на страховую выплату прилагаются следующие документы, подтверждающие факт события, понесенные дополнительные расходы и право Выгодоприобретателя на получения страховой выплаты)

_____ _____ ☐☐☐☐☐☐

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

росбанк страхование

ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

☐ Заявитель ☐ Выгодоприобретатель ☐ Иное лицо

ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ ИЛИ ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЕМ

Получатель выплаты (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.

Является ли Получатель 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.

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ПОЛУЧАТЕЛЯ ВЫПЛАТЫ (ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ)

Наименование банка

Корреспондентский счет банка получателя

БИК банка получателя

Номер лицевого счета получателя

_____ _____

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

росбанк страхование

Я даю своё согласие на обработку персональных данных Страховщику, а так же поручить обработку моих персональных данных (с учетом того, что применимо) «РБ 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, 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 услуги 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.3ст.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 (вт.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.))*

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.))*