

В Общество с ограниченной ответственностью
«СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование» (далее также - Страховщик)
Адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация,
г. Москва, улица Земляной Вал, д. 9

**Заявление о событии, имеющего признаки страхового случая, и выплате
страхового возмещения
по Договору комплексного страхования квартиры**

№ _____ от «____» _____ 20__ г.
Территория страхования (адрес застрахованной квартиры): _____

ЗАЯВИТЕЛЬ:

Ф.И.О. (полностью): _____

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

ДА НЕТ

Заявитель является (нужное отметить):

Собственником застрахованной квартиры

Арендатором застрахованной квартиры

Пострадавшим (третьим лицом)

Иное, указать: _____

Уведомляю о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, произошедшего
по адресу: _____

Вред причинен в результате (отметить нужное)

пожар

взрыв

удар молнии

повреждение водой

стихийные бедствия

противоправные действия третьих лиц

иное, указать _____

Подпись Заявителя

Фамилия, инициалы Заявителя
" ____ " _____ 20__ г.

Дата и время страхового события											
Причины и обстоятельства наступления страхового события											
Виновник причиненного ущерба (если применимо)											
Адрес виновника:											
Ф.И.О./название организации:											
Уточните характер произошедшего события											
<input type="checkbox"/> Ущерб застрахованному имуществу: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Домашнему имуществу <input type="checkbox"/> Инженерному оборудованию <input type="checkbox"/> Внутренней отделке, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> были повреждены дверные замки или их личинки <input type="checkbox"/> были понесены расходы на уборку квартиры 											
<input type="checkbox"/> Вред Третьим лицам (заполняется Страхователем или пострадавшим лицом, которому причинен вред Страхователем): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Имуществу (укажите адрес: _____) <input type="checkbox"/> Жизни (укажите ФИО пострадавших: _____) <input type="checkbox"/> Здоровью (укажите ФИО пострадавших: _____) 											
<input type="checkbox"/> Непредвиденные расходы Страхователя на размещение в гостинице по причине невозможности проживания в застрахованной квартире (заполняется Страхователем, если Договором комплексного страхования квартиры было предусмотрено соответствующее покрытие): Наименование гостиницы: _____ Адрес местонахождения: _____ Сроки проживания: с _____ по _____ Денежная сумма, затраченная на проживание _____ руб.											
Прошу выплатить страховое возмещение в случае признания произошедшего события страховым случаем по следующим видам страхования:											
<input type="checkbox"/> Страхование имущества (отметить, если применимо)											
Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать ФИО)											
Реквизиты (указать реквизиты для перечисления страхового возмещения)											
Наименование Банка											
Корреспондентский счет											
БИК				-----							
КПП				-----							
ИНН				-----							
№ лицевого счета получателя											
<input type="checkbox"/> Страхование ответственности за причинение вреда третьим лицам (отметить, если применимо)											
Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель (указать ФИО)											
Реквизиты (указать реквизиты для перечисления страхового возмещения)											
Наименование Банка											
Корреспондентский счет											
БИК				-----							
КПП				-----							
ИНН				-----							

 Подпись Заявителя

 Фамилия, инициалы Заявителя

" _____ " _____ 20__ г.

№ лицевого счета получателя												
<input type="checkbox"/> Страхование непредвиденных расходов на размещение в гостинице <i>(отметить, если применимо)</i>												
Получатель страховой выплаты - Выгодоприобретатель <i>(указать ФИО)</i>												
Реквизиты <i>(указать реквизиты для перечисления страхового возмещения)</i>												
Наименование Банка												
Корреспондентский счет												
БИК												
КПП												
ИНН												
№ лицевого счета получателя												
К настоящему заявлению прилагаю следующие документы:												
<input type="checkbox"/> Паспорт имущества <input type="checkbox"/> Свидетельство о регистрации права собственности: серия _____ № _____, дата выдачи _____ <input type="checkbox"/> Чеки и/или счета (перечислить: _____) <input type="checkbox"/> Иные документы, подтверждающие права на поврежденное имущество и наличие интереса в его сохранении (перечислить: _____) <input type="checkbox"/> Документы из компетентных органов (перечислить: _____) <input type="checkbox"/> Претензия/исковое заявление потерпевшего <input type="checkbox"/> Судебное решение/приговор или документы правоохранительных, следственных органов <input type="checkbox"/> Фотоматериалы - переданы на электронную почту Страховщика, дата отправки _____ <input type="checkbox"/> Видеоматериалы - переданы на электронную почту Страховщика, дата отправки _____ <input type="checkbox"/> Доверенность на представление интересов <input type="checkbox"/> Прочее: _____												

Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если Заявитель является представителем), на следующих условиях (далее – «согласие»):

Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); адреса мест регистрации и проживания; номер телефона; данные миграционной карты (для иностранных граждан); данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ; ИНН (при его наличии); сведения о наличии или отсутствии статуса иностранного публичного должностного лица; банковские реквизиты (в т.ч. номер счета и сведения о банковской карте); семейное положение; степень родства с застрахованным лицом и иные ПДн, предоставленные Заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»):

- заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание страховой услуги), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования;
- контроль и оценка качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления;
- заключение, исполнение, изменение, прекращение договоров/соглашений между Страховщиком и лицами, которым Страховщик поручил обработку ПДн;
- для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей;
- для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика.

Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни», адрес места нахождения: 105064, г. Москва, ул. Земляной Вал, дом 9, ОАО АКБ «РОСБАНК», адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.34, ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр», адрес места нахождения: 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта д.14, стр.1, Акционерное общество «Коммерческий банк ДельтаКредит», адрес места нахождения: 125009, г. Москва, улица Воздвиженка, д. 4/7, строение 2, а также иным обработчикам. При этом к иным обработчикам относятся страховые агенты и иные третьи лица, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги.

Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; обработка ПДн осуществляется как с использованием средств автоматизации (в том числе, помимо прочего, электронно-вычислительных машин, сетевых и прочих аппаратных и программных средств), так и без какого-либо использования средств автоматизации; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка). Согласие действует на

 Подпись Заявителя

 Фамилия, инициалы Заявителя
 " _____ " _____ 20__ г.

период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения. Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

**Данные Выгодоприобретателя по страхованию имущества
(если не является Страхователем или Заявителем)**

Ф.И.О. (полностью): _____
Дата 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 Выгодоприобретатель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником?
 ДА НЕТ

**Данные Выгодоприобретателя по страхованию ответственности за причинение вреда третьим лицам
(если не является Заявителем)**

Ф.И.О. (полностью): _____
Дата 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 Выгодоприобретатель публичным должностным лицом*, его супругом, близким родственником?
 ДА НЕТ

* Понятие «публичное должностное лицо» включает в себя категории: иностранное публичное должностное лицо (т.е., любых назначаемых или избираемых лиц, занимающих какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства, и любых лиц, выполняющих какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в т.ч., для публичного ведомства или государственного предприятия); должностное лицо публичной международной организации (т.е., международных гражданских служащих или любых лиц, которые уполномочены действовать от имени международной организации); а также российское публичное должностное лицо (т.е., лицо, замещающее/занимающее государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ).

Подпись Заявителя

Фамилия, инициалы Заявителя
" _____ " _____ 20__ г.