

**ВНИМАНИЕ!** Данная форма заполняется лично заявителем и не предназначена для обращений представителей (в т.ч. по доверенности).

**Attention!** This form is filled in personally by the applicant and isn't intended for addresses of representatives (including by power of attorney).

В ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование»  
SOCIETE GENERALE Strakhovanie LLC  
(далее также – Страховщик)  
Адрес: 105064, г. Москва, ул. Земляной Вал, д.9  
Факс: 7 (495) 662 66 19  
ОТ \_\_\_\_\_ по Договору  
from \_\_\_\_\_ under the Policy  
№ \_\_\_\_\_ от dated \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОТ ДЕРЖАТЕЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ БАНКОВСКОЙ КАРТЫ НА ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ**

**APPLICATION OF ADDITIONAL CARD HOLDER FOR REIMBURSEMENT**

Фамилия, Имя, Отчество

*Last name, First name, Patronymic*

Адрес регистрации

*Address of registration*

Фактический адрес (если отличается от адреса регистрации)

*Resided at (if the registration address differ from place of residence):*

Дата рождения /Date of birth

Место рождения /Place of birth

Контактный телефон /Phone number

Номер паспорта или основного документа, удостоверяющего личность / <i>Passport number or number of the main document that identify personality of applicant:</i>		Кем выдан <i>Issued by:</i>	Когда выдан / <i>Date of issue:</i>
Гражданство <i>Citizenship</i>	Номер миграционной карты (для иностранных граждан) <i>Migration card number</i>	Срок пребывания: <i>Term of stay</i> с from ___/___/___ по to ___/___/___	
ИНН (при его наличии) <i>Tax payer Identification Number (if issued)</i>	Номер Карты <i>Card Number:</i>		
Номер счета <i>Account Number</i>	Валюта карты <i>Currency:</i>	Тип Карты <i>Type of card:</i>	

В связи с наступлением события, описанного в Заявлении о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ года, прошу в соответствии с условиями Договора комбинированного страхования рисков, связанных с использованием банковских карт, выплатить страховое возмещение в связи с понесенными расходами:

*Due to the approach of the event described in the Application of notification on insurance event occurrence, from "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ years, I ask according to terms of the contract of combined insurance of risks connected with use of cash cards, to pay insurance reimbursement in connection with the suffered damage:*

1. сумма затрат на восстановление личных вещей, в том числе:

- личных документов \_\_\_\_\_ рублей
- ключей и замков \_\_\_\_\_ рублей
- мобильного телефона \_\_\_\_\_ рублей

*sum of charges for personal things recovery, including:*

- *personal documents* \_\_\_\_\_ RUB
- *keys and locks* \_\_\_\_\_ RUB
- *mobile phone* \_\_\_\_\_ RUB

**Страховое возмещение прошу перечислить на счет по указанным ниже реквизитам:**

*I request the indemnity, equal to the amount of damage, to be transferred to account :*

Счет № / Account №

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

в банке/Bank \_\_\_\_\_

к/с/ Corr.account \_\_\_\_\_

БИК/BIK \_\_\_\_\_ ИНН/INN \_\_\_\_\_

Получатель (ФИО)/Payee \_\_\_\_\_

ФИО полностью, подпись/

Surname, Name, Patronymic, signature

Дата/ date.

После получения указанного страхового возмещения буду считать все обязательства страховщика передо мной по данному случаю полностью исполненными.

*After receiving of the above mentioned indemnity amount I will consider that the Insurer has fully met all his engagements with me in terms of the current insured event*

**Я даю согласие Страховщику на обработку своих персональных данных на нижеследующих условиях (далее – «согласие»).**

*I give my consent to the Insurer to process my personal data on the conditions described below in Russian.*

Обработка Страховщиком персональных данных (далее также «ПДн») осуществляется:

- для целей оказания страховой услуги (в частности, для целей рассмотрения произошедшего события и принятия решения по настоящему заявлению, а также для целей иного выполнения договора страхования);
- для целей заключения, исполнения, изменения, прекращения сделок между Страховщиком и нижеуказанными обработчиками в связи с предоставлением страховой услуги;
- контроля и оценки качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления;
- 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.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие и источник их получения (с учетом того, что применимо): фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан), номер миграционной карты, ИНН, контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона), сведения, относящиеся к банковской тайне (в т.ч. платежные реквизиты, сведения о Карте (номер, тип, валюта карты, номер счета)), сведения о семейном положении (в т.ч. о степени родства с иными лицами), сведения об имущественном положении, сведения о состоянии здоровья (если это опосредовано исполнением договора страхования) и иные персональные данные, содержащиеся в настоящем заявлении и приложенных к нему документах, а также в заявлении о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, и других документах, которые переданы/будут переданы в связи с оказанием страховой услуги, будут получены в ходе рассмотрения заявленного события и(или) сообщены Страховщику устно.

Перечень действий с персональными данными и общее описание используемых 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).

Согласие предоставлено Страховщику на обработку им персональных данных, а также на совершение следующих действий:

1) на поручение обработки персональных данных ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни» (адрес места нахождения: 105064, Российская Федерация, город Москва, улица Земляной Вал, дом 9), ОАО АКБ «РОСБАНК (адрес места нахождения: 107078, г. Москва, ул. Маши Порываевой, д.11), ООО «ОСГ Рекордс Менеджмент Центр» (адрес места нахождения – 127083, г. Москва, ул. Восьмого Марта дом 14, строение 1), ООО «Русфинанс Банк» (адрес места нахождения – 443013 г. Самара, ул. Чернореченская, 42А), а также иным обработчиком. При этом к иным обработчикам относятся страховые агенты, лица, оказывающие Страховщику услуги и иные третьи лица, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Страховщика на основании заключенных с этими

лицами договоров/соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги.

2) на передачу 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 т.ч. при рассмотрении произошедшего события). В частности, я предоставляю свое согласие на получение Страховщиком сведений и/или документов, содержащих ПДн:

— у моего работодателя, в правоохранительных органах (и иных аналогичных органах иностранных государств), органах ЗАГС, в том числе в виде копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, определений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;

— у третьих лиц, которым Страховщик вправе направлять запросы о предоставлении сведений/документов в соответствии с договором страхования (Правилами страхования) или законодательством Российской Федерации (в частности, в лечебно-профилактических (в том числе больничных, амбулаторно-поликлинических учреждениях, диспансерах, учреждениях скорой помощи независимо от формы собственности, у врачей частной практики) и учреждениях здравоохранения особого типа (в том числе центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы) информации о состоянии моего здоровья, в том числе в виде актов медицинского освидетельствования, заключений судебно-медицинской экспертизы).

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

Если ранее мной уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, я прошу считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

ФИО полностью, подпись

*Surname, Name, Patronymic, signature*

Дата /date.

Приложения:

*Attachments*

**Документы, предоставляемые в обязательном порядке:**

- Заявление о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.  
*Application of notification of insurance event occurrence*
- Копия Договора страхования рисков, связанных с использованием банковских карт.  
*Copy of the Insurance contract of combined insurance of risks connected with use of cash cards.*
- Банковский отчет уполномоченного Отдела ОАО АКБ «РОСБАНК» о блокировке Карты.  
*Bank report from authorized Rosbank Department about card blocking*

**В случае утраты личных вещей Держателя дополнительной карты совместно с утраченной Картой, помимо документов, предоставляемых в обязательном порядке, также предоставляются:**

*In case of loss of personal belongings of the Insurer being together with the lost or stolen Card besides documents, mandatory provided, also are provided:*

- Копии Чеков на покупку замка с ключами, содержащие сведения о факте, сумме и назначении оплаченных денежных средств.  
*Copies of Checks for keys and lock purchase, containing data on the fact, the sum and purpose of the paid money*
- Копии Чеков на оплату услуг по восстановлению личных документов, содержащие сведения о факте, сумме и назначении оплаченных денежных средств.  
*Copies of Checks for fee on personal document recovery, containing data on the fact, the sum and purpose of the paid money.*
- Копии Чеков на покупку нового мобильного телефона, содержащие сведения о факте, сумме и назначении оплаченных денежных средств.  
*Copies of Checks for new mobile phone purchase, containing data on the fact, the sum and purpose of the paid money.*
- Документ, выданный ОАО АКБ «РОСБАНК», подтверждающий, что лицо, предъявившее требование о выплате страхового возмещения по указанному в настоящем пункте страховому событию, является Держателем Карты. Документ должен содержать сведения о ФИО этого лица, его паспортных данных и номере Карты.

*The document issued by JSC JSB Rosbank, confirming that the person claiming for insurance compensation on an insurance event specified in the present point, is the Holder of the card. The document has to contain data on full name of this person, its passport data and Card number.*

8.  Заверенная копия Постановления о возбуждении / об отказе в возбуждении уголовного дела из органов полиции.

*The certified copy of the Resolution on initiation / on refusal in initiation of legal proceedings from police bodies*

9.  Копия паспорта держателя дополнительной банковской карты.

*Copy of passport of additional Card Holder.*

10.  Другие документы, подтверждающие наступление страхового случая.

*Other documents certifying the occurrence of the insurance event.*