

В Общество с ограниченной ответственностью  
«СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование Жизни»  
Адрес места нахождения: 105064, Российская  
Федерация, город Москва,  
улица Земляной Вал, д. 9

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о страховом событии и выплате страхового возмещения  
по Договору страхования от несчастных случаев Владельца банковского счета  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**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:** \_\_\_\_\_

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*

**Заявитель действует от (нужное отметить):**

собственного имени и в своих интересах

имени и в интересах следующего лица:

**Ф. И. О. (полностью):** \_\_\_\_\_

**Документ, удостоверяющий личность:** \_\_\_\_\_

*наименование, серия, номер, кем выдан, когда выдан*

**Адрес регистрации:** \_\_\_\_\_

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

Наименование, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя  
(например, документами, подтверждающими полномочия представителя несовершеннолетнего,  
могут являться: свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, акт органа опеки и  
попечительства о назначении опекуна или попечителя):

**Прошу выплатить страховое возмещение в связи с наступлением страхового случая:**

<b>СТРАХОВОЕ СОБЫТИЕ</b> (смерть / установление инвалидности I или II группы / травма):
<b>ДАТА СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ</b>
<b>ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО</b> (указать: ФИО и паспортные данные)

\_\_\_\_\_  
*Подпись Заявителя*

\_\_\_\_\_  
*Фамилия, инициалы Заявителя*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>ПРИЧИНЫ И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ</b>												
<b>СРОК ДЕЙСТВИЯ СТРАХОВОГО ДОГОВОРА</b>												
<b>ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ</b> (перечислить прилагающиеся документы, подтверждающие наступление страхового случая и право на получение страховой выплаты)												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
<b>ПОЛУЧАТЕЛЬ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ</b> (указать ФИО)												
<b>ФОРМА ВЫПЛАТЫ</b> (указать реквизиты для перечисления страхового возмещения)												
Наименование Банка												
Корреспондентский счет												
Банковский идентификационный код (БИК)												
КПП												
№ лицевого счета получателя												

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», 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, 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 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.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_  
Фамилия, инициалы Заявителя

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.