

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о событии, имеющем признаки страхового,**  
**по Договору комплексного ипотечного страхования**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(далее – «договор страхования» или «полис»)

**от ЗАЯВИТЕЛЯ:**

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

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*

Наличие статуса иностранного публичного должностного лица (нужное отметить ):  Да  Нет

Заявитель действует (нужное отметить ):

от собственного имени и в своих интересах

от 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:

Прошу выплатить страховое возмещение в связи с наступлением заявляемого события:

<b>ЗАЯВЛЯЕМОЕ СОБЫТИЕ</b> (указать: смерть или инвалидность; прекращение права собственности или ограничение (обременение) права собственности; гибель или повреждение застрахованного имущества; дата наступления события)
<b>ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО</b> (указать: ФИО и паспортные данные, если Заявитель не является застрахованным лицом)
<b>ПРИЧИНЫ, МЕСТО И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ</b>

\_\_\_\_\_  
Подпись Заявителя

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

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ</b>	
с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.	
<b>СТРАХОВАЯ СУММА (по полису)</b>	
_____	
<b>ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (по полису)</b>	
_____	
<b>ОСНОВАНИЕ К ВЫПЛАТЕ</b> (к заявлению прилагаются документы, подтверждающие наступление страхового события и право на получение страховой выплаты; документы, подтверждающие полномочия представителя (если Заявление предъявляет представитель))	
<p>Для подтверждения события прилагаю следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> копия Договора страхования (Полиса) или оригинал по требованию Страховщика;</li> <li><input type="checkbox"/> документ, удостоверяющий личность Заявителя/Выгодоприобретателя или его представителя;</li> <li><input type="checkbox"/> документ, подтверждающий полномочия представителя Выгодоприобретателя (в том числе доверенность);</li> <li><input type="checkbox"/> свидетельство органа ЗАГС о смерти Застрахованного лица;</li> <li><input type="checkbox"/> официальный документ, содержащий причину смерти: медицинское свидетельство о смерти и / или справка о смерти органа ЗАГС;</li> <li><input type="checkbox"/> постановление суда, вступившее в законную силу в соответствии с действующим законодательством;</li> <li><input type="checkbox"/> документы, подтверждающие право Страхователя (Выгодоприобретателя) владеть, пользоваться и/или распоряжаться застрахованным имуществом, право на которое утрачено/ограничено;</li> <li><input type="checkbox"/> документы, подтверждающие факт, место, дату, время, причины и обстоятельства повреждения, гибели или утраты застрахованного имущества;</li> <li><input type="checkbox"/> документы, подтверждающие размер причиненного ущерба.</li> </ul> <p>иные документы, предусмотренные условиями договора страхования и Правилами страхования.</p>	
_____	
_____	
_____	
<b>РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ</b>	
Идентификационный номер Налогоплательщика (ИНН) (Банка)	_____
Банк	_____
Расчетный счет	_____
Корреспондентский счет	_____
Банковский идентификационный код (БИК)	_____
ОСБ	_____
№ 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.

\_\_\_\_\_

Подпись Заявителя

\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы Заявителя

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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, ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», адрес места нахождения: 105064, г. Москва, ул. Земляной Вал, дом 9, ЗАО «КБ ДельтаКредит», адрес места нахождения: 125009, Москва, ул. Воздвиженка, д. 4/7, стр. 2, 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.

Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

\_\_\_\_\_  
*Подпись Заявителя*

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

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.