

ЗАЯВЛЕНИЕ

о событии, имеющем признаки страхового случая по риску «Несчастный случай» по договору добровольного комплексного страхования автотранспортных средств



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Заместителя Генерального директора
по развитию бизнеса от 13.08.2013 № 146
ЗАО «Страховая группа «УралСиб»

ЗАЯВЛЕНИЕ №:	
ДАТА:	

ОПЛАТА ВЗНОСОВ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
КОЭФФИЦИЕНТ ВЫПЛАТЫ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

1. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИС)

ДАТА ОКОНЧАНИЯ СРОКА СТРАХОВАНИЯ	ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ (ПОЛИС) №

2. ПЕРВИЧНОЕ СООБЩЕНИЕ О СОБЫТИИ

ТЕЛЕФОН	ФАКС	ПОЧТА	E-MAIL	№	ДАТА
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

3. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ И ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

ЗАЯВИТЕЛЬ	Ф.И.О. физического лица		ИНН (при наличии)	
АДРЕС МЕСТА РЕГИСТРАЦИИ				
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ (заполняется при отличии от адреса места регистрации)				
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ	ТЕЛЕФОН ДОМ./ РАБ.	E-MAIL	
ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ	<input type="checkbox"/> ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦОМ <input type="checkbox"/> ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЕМ <input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:			
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (заполняется при отличии от заявителя)	Ф.И.О. физического лица		ИНН (при наличии)	
ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (заполняется при отличии от заявителя)	Ф.И.О. физического лица		ИНН (при наличии)	
<input type="checkbox"/> Заявитель, застрахованное лицо, и/или выгодоприобретатель являются публичными должностными лицами - ПДЛ (их близкими родственниками) (см. приложение - Перечень категорий публичных должностных лиц) (при положительном ответе указать кто является ПДЛ, должность и/или степень родства)				
<input type="checkbox"/> Осуществляемая деятельность соответствует одному из видов и условий деятельности (см. приложение - Перечень видов и условий деятельности клиентов (контрагентов), используемый в целях идентификации (при положительном ответе указать вид и/или условие деятельности)				

4. Сведения о событии

ВИД ПРИЧИНЕННОГО ВРЕДА	<input type="checkbox"/> ВРЕМЕННАЯ УТРАТА ОБЩЕЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ <input type="checkbox"/> УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ <input type="checkbox"/> ГИБЕЛЬ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА				
ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ	День	Месяц	Год	Час	Минута
МЕСТО СОБЫТИЯ	Республика/край/область, район, город/населенный пункт, улица, номер дома, участок дороги				
<input type="checkbox"/> О СОБЫТИИ ЗАЯВЛЕНО В КОМПЕТЕНТНЫЕ ОРГАНЫ	Наименование компетентного органа, зарегистрировавшего событие				
ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СОБЫТИЯ					

5. СВЕДЕНИЯ О ДРУГИХ УЧАСТНИКАХ, СВИДЕТЕЛЯХ СОБЫТИЯ

№	Ф.И.О.	АДРЕС	КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
1.			
2.			
3.			

6. ХАРАКТЕР ТРАВМЫ

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____
070813630813

РАНЕЕ СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ПОЛУЧАЛИ? ДА НЕТ

7. СВЕДЕНИЯ О СПОСОБЕ ВОЗМЕЩЕНИЯ

БЕЗНАЛИЧНОЕ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ НА КАРТУ ОАО «УРАЛСИБ» ИНОЕ :

8. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я даю согласие на обработку персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе (в интересе субъекта персональных данных) на следующих условиях:

а) оператор, осуществляющий обработку персональных данных - АО «Страховая группа «УралСиб» (далее по тексту Страховщик), место нахождения: Российская Федерация, 117342, г. Москва, ул. Профсоюзная, дом 65, к. 1;

б) цель обработки: в случаях, предусмотренных ст. 6 ФЗ «О персональных данных»; в целях продвижения услуг Страховщика, ЗАО «УРАЛСИБ Жизнь», АО «МСК «УралСиб» и ПАО «БАНК УРАЛСИБ» на рынке, в том числе для распространения рекламы о продуктах и услугах путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи (в том числе телефонной связи и интернета).

в) перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие - персональные данные субъекта персональных данных и его представителя, указанные в настоящем заявлении, заявлении на страхование и приложениях к нему, договоре страхования, документах, представляемых согласно договору страхования при наступлении страхового случая, изменении или досрочном прекращении договора;

г) перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие – действия, перечисленные в п.3 ст.3 ФЗ «О персональных данных», в т.ч. поручать обработку персональных данных третьим лицам:

- операторам сотовой связи (в целях передачи sms-сообщений): ПАО «ВымпелКом (127083, г. Москва, Ул. Восьмого марта, дом 10, строение, 14), ПАО «Мегафон» (115035, г. Москва, Кадашевская набережная, дом 30), ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, дом 4) в целях передачи информации на номер абонента – субъекта персональных данных,

- ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, 37) в целях доставки корреспонденции по адресу субъекта персональных данных;

- ПАО «БАНК УРАЛСИБ» (119048, Российская Федерация, город Москва, ул.Ефремова, д. 8), АО «УРАЛСИБ Жизнь» (117393, г. Москва, ул. Профсоюзная, 65, к.1), АО «МСК «УралСиб» (142180, г. Климовск, ул. Ленина, 1) в целях продвижения услуг;

- другим лицам, наименование или фамилия, имя, отчество и адрес которых указывается на документах, используемых при заключении и исполнении договора страхования (страховым агентам и брокерам, банковским учреждениям, медицинским учреждениям, оценщикам и т.п.),

д) общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных - с использованием средств автоматизации или без использования таких средств;

е) срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных - с момента подписания настоящего заявления до дня отзыва в письменной форме;

ж) способ отзыва текущего согласия - путем вручения оператору соответствующего письменного заявления.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

РАБОТНИК ЗАО «СТРАХОВАЯ ГРУППА «УРАЛСИБ»

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

ВВОД В ИС ОСУЩЕСТВИЛ

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		