

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ
по договору страхования животных**Приложение № 1
к приказу от 15.11.2021 №СД/95**1. Сведения о Заявителе**

Я, _____, являясь

Фамилия Имя Отчество (при наличии последнего)

Страхователем

Выгодоприобретателем

Гражданство _____ Дата рождения _____ Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

Кем выдан _____ Дата выдачи _____ Код подразделения _____

ИНН (при наличии) _____ Телефон _____ E-mail: _____

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания: _____

*индекс, область (край), район, населенный пункт (город), улица, дом, корпус, квартира*по договору страхования (полису) серия _____ № _____ прошу Вас осуществить возмещение
ущерба, понесенного в результате события, указанного в п. 2 настоящего Заявления:**2. Сведения о событии, имеющем признаки страхового случая:**

Событие произошло «__» _____ 20__ г. по адресу: _____

при следующих обстоятельствах: _____

Данные о застрахованном животном, с которым произошло событие (все поля обязательны для заполнения):Вид: кошка / собака Возраст: _____ Пол: самец / самка

Порода: _____ Кличка: _____

Результатом события является: Гибель домашнего животного во время авиаперевозки**Повреждение животного:** Травма Укус клеща Заболевание**Операционное вмешательство по показаниям:** Срочное удаление любого инородного тела Удаление доброкачественной опухоли кожи Инфекционное или острое неинфекционное, инвазионное заболевание, отравление домашнего животного Гражданская ответственность за причинение вреда жизни и здоровью третьих лиц**Приложения:**

Перечень документов, подтверждающих наступление события, размер ущерба и имущественный интерес (все документы обязательны для предоставления):

 Копия паспорта Заявителя (страница с фото и действующей регистрацией) _____ (количество листов); Копия страхового полиса (при наличии) _____ (количество листов);Страхователь (Выгодоприобретатель) _____ / _____ /
подпись Фамилия Инициалы

«__» _____ 20__ г.

Страница 1 из 4

- Иск (письменная претензия) потерпевшего третьего лица в связи с наступившим событием _____ (количество листов);
 Решение суда с отметкой о вступлении в законную силу _____ (количество листов);
 Документы, подтверждающие родство со страхователем в случае наступления гражданской ответственности члена семьи Страхователя (если применимо) _____ (количество листов).

3. Сведения о порядке выплаты страхового возмещения

Выплату страхового возмещения прошу осуществить по указанным реквизитам:

Получатель _____

№ Счёта получателя:

Банк получателя _____
(Полное наименование)

№ Счёта банка получателя:

БИК банка получателя:

Адрес электронной почты Получателя, на который будет передан кассовый чек _____
(Адрес электронной почты разборчиво)

4. Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ)? Нет Да

Если «Да» укажите должность и наименование организации _____
Документ, подтверждающий статус иностранного публичного должностного лица _____
Являетесь ли Вы членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородным и неполнородным (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным)? (нужное подчеркнуть) Нет Да
Если «Да» укажите Степень родства, должность и наименование организации _____
Ф.И.О. и должность ПДЛ _____

Являетесь ли Вы должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации? (нужное подчеркнуть) Нет Да

Если «Да», укажите должность и наименование организации _____
!Только для иностранных граждан: Если Вы являетесь иностранным гражданином, то просим указать являетесь ли налоговым резидентом РФ (налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев): Нет Да

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации: серия _____ номер _____ Дата начала срока действия права пребывания (проживания) _____ г. Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) _____ г. Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____ Дата начала срока пребывания в РФ _____ г. Дата окончания срока пребывания в РФ _____ г.

5. Согласие на обработку персональных данных

5.1. Подписывая настоящее Заявление, Заявитель выражает свое согласие на предоставление ООО «Хоум Кредит Страхование» адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 7 (далее – «Страховщик») федеральными государственными учреждениями МСЭ, Фондами обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальными), любыми лечебно-профилактическими или особого типа учреждениями здравоохранения и/или частными врачами/лечебными учреждениями, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении. При этом Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений, составляющих врачебную тайну, в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений, результатов обследования). Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных с услугой страхования.

Также подписывая настоящее Заявление, Заявитель выражает свое согласие на предоставление ООО «Хоум Кредит Страхование» правоохранительными органами, авиаперевозчиками, подразделениями Министерства обороны РФ, подразделениями Государственной инспекции труда сведений о факте обращения, о факте события, дате и месте события, характере и обстоятельствах события, размере и характере повреждений, информации о виновных лицах.

5.2. Проставляя ниже свою подпись, Заявитель дает согласие Страховщику на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) (далее каждый в равной степени именуется «субъект персональных данных» или «субъект

Страхователь (Выгодоприобретатель) _____ / _____ /
подпись Фамилия Инициалы

