

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ
по договору страхования рисков, связанных с использованием банковских карт

Я, _____, являясь Выгодоприобретателем по договору страхования (полису) серия _____ № _____ прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, указанного в п. 2 настоящего Заявления:

1. Сведения о заявителе

Ф.И.О. _____
Дата рождения _____ г. Место рождения _____
Гражданство _____
Документ, удостоверяющий личность. Наименование _____ серия _____ Номер _____
Кем выдан _____
Когда _____ г. Код подразделения _____ ИНН _____
Телефон (моб.) _____ Телефон (дом.) _____
Телефон (раб.) _____
E-mail _____
Степень родства со Страхователем _____

Адрес регистрации

Индекс _____ Область (Край) _____
Район _____ Населенный пункт (Город) _____
Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

Адрес фактического места жительства (Указать в случае, если не совпадает с адресом регистрации)

Индекс _____ Область (Край) _____
Район _____ Населенный пункт (Город) _____
Улица _____ Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

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 должность и наименование организации _____

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

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

Ф.И.О. и должность ИПДЛ _____

Подпись Заявителя

Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

!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 и окончания действия пребывания _____

Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия _____ номер _____

Дата начала срока пребывания _____ г. Дата окончания срока пребывания _____ г.

2. Информация о событии

Событие произошло «__» _____ 20__ г. в ____ час. ____ мин.

при следующих обстоятельствах: _____

О происшествии заявлено «__» _____ 20__ г. в ____ час. ____ мин. в _____

(наименование компетентных органов)

Вследствие произошедшего события утрачено:

Всего на сумму: _____

Получена компенсация ущерба Да / Нет

от _____

В размере: _____ руб.,

что подтверждается следующими документами: _____

Приложение:

Копия страхового полиса (количество листов) _____ (количество листов)

Копия документа, удостоверяющего личность заявителя _____ (количество листов)

Доверенность (в случае если заявителем является лицо, представляющее интересы выгодоприобретателя по доверенности) _____ (количество листов)

Перечень документов подтверждающих наступление события, размер ущерба и имущественный интерес:

_____ (количество листов)

_____ (количество листов)

_____ (количество листов)

_____ (количество листов)

_____ (количество листов)

_____ (количество листов)

3. Реквизиты для перечисления (все поля обязательны для заполнения):

Выплату страхового возмещения прошу осуществить по следующим реквизитам (выбрать один из вариантов):

на мой лицевой счет в **ООО «Хоум Кредит энд Финанс Банк»**

№

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)

/_____
/_____
Подпись Заявителя Ф.И.О Заявителя
«__» _____ 20__ г.

4. Согласие на обработку персональных данных

4.1. 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») 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 сведений о факте события, дате и месте события, характере и обстоятельствах события, размере и характере повреждений, информации о виновных лицах.

4.2. 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 ПДн»), на следующих условиях (далее – «согласие»):

4.2.1. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); контактная информация (например, адреса; номера телефонов, e-mail); данные миграционной карты (для иностранных граждан); ИНН (при его наличии); банковские реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события.

4.2.2. Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»): I) заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание услуги страхования), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования (если полагается); II) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; III) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика; IV) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); V) контроль и оценка качества предоставляемой услуги страхования по всем вопросам ее предоставления; VI) иные цели обработки ПДн, заявленные субъекту ПДн.

4.2.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся экспертные организации, 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, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги (далее и выше по тексту – «Обработчики»). Перечень обработчиков, не указанных в настоящем Заявлении, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://hcinsurance.ru>. 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; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка)

4.2.4. Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

4.2.5. 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

Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

ПАМЯТКА

Если произошла утрата наличных, полученных в банкомате, в течение 2 (двух) часов с момента их получения в результате кражи, грабежа или разбоя, необходимо:

1. Обратиться в правоохранительные органы с заявлением о факте кражи, грабежа или разбоя.
2. Обратиться в страховую компанию с заявлением на страховую выплату.
3. К заявлению необходимо предоставить следующие документы:

_____/_____

Подпись Заявителя

Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

- Заверенную копию постановления о возбуждении уголовного дела либо отказа в возбуждении уголовного дела по факту кражи/грабежа/ разбоя;
- Выписку банка по карточному счету на дату наступления события (кражи, грабежа, разбоя);
- Копию Договора страхования (страховой полис) и документ, подтверждающий оплату страховой премии;
- Нотариально заверенную копию документа, удостоверяющего личность Страхователя.

Если произошло несанкционированное списание денежных средств с карточного счета, необходимо:

1. Незамедлительно, как только стало известно о событии, уведомить банк - эмитент и заблокировать карту.
2. Незамедлительно, как только стало известно о событии, заявить об этом в органы полиции.
3. Обратиться в страховую компанию с заявлением на страховую выплату.
4. К заявлению необходимо приложить следующие документы:
 - Заверенную уполномоченным на то лицом копию заявления, поданного в правоохранительные органы, с отметкой о принятии и талон - уведомление, выданный правоохранительным органом в связи с обращением;
 - Заверенную уполномоченным на то лицом копию постановления о возбуждении уголовного дела либо отказа в возбуждении уголовного дела по факту произошедшего события;
 - Выписку банка по карточному счету на дату наступления события (несанкционированного списания денежных средств);
 - Документ банка-эмитента, содержащий сведения о дате и времени блокировки банковской карты либо операций по счету;
 - Копию Договора страхования (страховой полис) и документ, подтверждающий оплату страховой премии;
 - Нотариально заверенную копию документа, удостоверяющего личность Страхователя.
 - В случае если Банковская карта не была утрачена - заключение банка-эмитента о результатах проведенного расследования по претензии владельца карточного счета о несанкционированном списании денежных средств с карточного счета.

Подпись Заявителя

Ф.И.О Заявителя

« ____ » _____ 20 ____ г.