

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ

по договору добровольного страхования рисков, связанных с использованием банковских карт

Заполняется только печатными буквами лицом, имеющим право на страховую выплату. Все поля обязательны для заполнения

Я , являясь:

Застрахованным Выгодоприобретателем Наследником Застрахованного
 Законным представителем Застрахованного/ Выгодоприобретателя (Представителем по доверенности)
по договору страхования (полису) серия № прошу осуществить страховую выплату в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, указанного в п. 2 настоящего заявления.

1. Сведения о Заявителе

ФИО

Дата рождения г. Место рождения

Гражданство Степень родства со Страхователем (если применимо)

Документ, удостоверяющий личность:

Наименование Серия №

Кем выдан

Когда г. Код подразделения ИНН

Контакты:

Телефон (моб.) E-mail (для оперативной связи)

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)? Да Нет

Если Да: 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) Да Нет

Если Да: Должность и наименование организации

ФИО и должность ИПДЛ

Подпись
Заявителя

ФИО
Заявителя

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) Да Нет

Если Да: 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): Да Нет

Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации:

Серия № Дата начала и окончания действия пребывания

Данные миграционной карты:

Серия № Дата начала срока пребывания г.

Дата начала окончания срока пребывания г.

2. Сведения о событии, имеющем признаки страхового случая

- Утрата наличных денежных средств, полученных в банкомате
- Несанкционированное списание денежных средств с карточного счета в результате использования третьими лицами Банковской карты и ПИН к ней, переданных держателем Банковской карты третьим лицам в случае применения или угрозы применения к держателю банковской карты или его близким родственникам насилия
- Несанкционированное списание денежных средств с карточного счета в результате использования третьими лицами Банковской карты в течение 48 часов с момента ее утраты держателем на территории России в результате грабежа или разбоя
- Несанкционированное списание денежных средств с карточного счета в результате использования третьими лицами неправомерно полученных реквизитов Банковской карты, полученных мошенническим путем (фишинг, скиминг), при осуществлении оплаты за товары (работы, услуги)

3. Обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая

Событие произошло « » 202 г. в часов минут, при следующих обстоятельствах:

О произошедшем заявлено « » 202 г. в часов минут в (наименование компетентных органов):

Вследствие произошедшего события утрачено:

Подпись
Заявителя

ФИО
Заявителя

Всего на сумму:

Получена компенсация ущерба Да Нет от

в размере руб., что подтверждается следующими документами:

4. Приложения

Для подтверждения страхового случая к заявлению на страховую выплату прилагаю следующие документы:

- Копия Страхового полиса/Страхового сертификата
- Документ, удостоверяющего личность Заявителя
- Доверенность (в случае если заявителем является лицо, представляющее интересы выгодоприобретателя по доверенности)

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

Документы предоставляются Страховщику на русском языке в виде оригиналов или копий, заверенных уполномоченным на то лицом. Представленный перечень носит справочный характер, полный перечень документов, который может быть запрошен Страховщиком, содержится в Правилах страхования, на основании которых заключен Ваш договор страхования!

5. Реквизиты для перечисления

(все поля обязательны для заполнения)

Выплату 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, на который будет направлен кассовый чек

6. Согласие на обработку персональных данных

1. Клиент (далее также «Заявитель» или «Застрахованное лицо») свободно, своей волей и в своем интересе выражает (дает) свое согласие на:

1.1. предоставление Обществу с ограниченной ответственностью «Хоум Кредит Страхование», адрес: 125124, г. Москва, ул. Правды, д. 8, корп. 1 (далее – «Страховщик» или «ООО «Хоум Кредит Страхование») 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,

Подпись
Заявителя

ФИО
Заявителя

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); управляющими компаниями (организациями, их заменяющими в соответствии с законодательством РФ), органами местного самоуправления, правоохранительными органами, подразделениями МЧС РФ, Министерства обороны РФ, Государственной инспекции труда, аварийными службами, авиаперевозчиками сведений о факте обращения Застрахованного лица/Заявителя. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений о факте обращения, о факте события, дате и месте события, характере и обстоятельствах события, размере и характере повреждений, информации о виновных лицах в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений); Сервисными центрами, авторизованными заводом-изготовителем мобильной техники, сведений о факте обращения, причинах обращения, результатах диагностики, перечне и стоимости необходимых ремонтных работ или неремонтопригодности мобильной техники; Службой занятости населения сведений о факте обращения Застрахованного лица/Заявителя. При этом, Заявитель уполномочивает Страховщика на получение сведений о факте обращения, о постановке на учет, о периодах нахождения на учете, направлениях на переобучение в любом виде и в любой форме (в т.ч. на получение справок, актов, заключений); организациям, осуществляющим ремонт одежды сведений о факте обращения, причинах обращения, результатах осмотра, перечне и стоимости необходимых ремонтных работ или неремонтопригодности одежды.

Заявитель разрешает Страховщику использовать эту информацию при решении вопросов, связанных с услугой страхования.

1.2. передачу и/или поручение Страховщиком обработки своих персональных данных следующими третьими лицами – партнерами Страховщика:

Наименование и адрес партнера Страховщика:	Цель обработки:
ООО «Делис Архив», 107023, г. Москва, ул. Электrozаводская, дом 21, корпус 41, помещение XXII	Хранение документации по договорам страхования Клиента, а также уничтожение ее по окончании срока хранения и/или в случаях, предусмотренных законом
ООО «ОСК», 115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 10, стр. 1	Обеспечение СМС информирования по договорам страхования Клиента
ООО «Объединенный Почтовый Сервис», 127572, г. Москва, ул. Угличская, д.16	Осуществление информационной почтовой рассылки по договорам страхования Клиента

1.3. обработку ООО «Хоум Кредит Страхование» 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»):

1.3.1. 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.

1.3.2. 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.

1.3.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся ООО «РусЭксперт-Сервис» (ОГРН 5147746248140), адрес: 115419, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 11, стр. 40, пом. I; ООО «Восток» (ОГРН 1217700574080), адрес: 117186, город Москва, улица Нагорная, дом 15, корпус 8, этаж 1, помещение I, офис 25; 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)

1.3.4. 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).

1.3.5. 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.

2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

Подпись
Заявителя

ФИО
Заявителя

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:
 - 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

ФИО
Заявителя