

Обязанность Страховой компании рассмотреть уведомление и принять по нему решение только после получения полного комплекта документов, предусмотренных договором страхования.

Помимо направления настоящей формы уведомления Страховщику на электронный почтовый ящик claims@insurance.rncb.ru, Вам необходимо направить в офис Страховой компании оригиналы документов или их заверенные нотариусом копии почтовым/курьерским отправлением по адресу:

115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70.

УВЕДОМЛЕНИЕ

о наступлении события, имеющего признаки страхового случая

По Страховому полису-оферте № от
Номер Дата

Ф. И. О.

Уведомителя

являющегося Собственником Выгодоприобретателем Наследником Представителем

Дата рождения Место рождения
с указанием страны

Документ, удостоверяющий личность №
Наименование Серия Номер Дата выдачи Код подразделения

Кем выдан

Адрес регистрации
Почтовый индекс Государство Регион, населенный пункт

Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации)
Почтовый индекс Государство Регион, населенный пункт

Адрес

Контактные данные
Телефон мобильный Адрес электронной почты

ИЗВЕЩАЮ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ С ЗАСТРАХОВАННЫМ ИМУЩЕСТВОМ И ПРОШУ РАССМОТРЕТЬ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ И ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ К НЕМУ ДОКУМЕНТЫ, В СВЯЗИ С НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ:

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ

СОБЫТИЕ Судебная повестка Решение суда

Возможный страховой случай Утрата права собственности Ограничение (обременение) права собственности

Дата получения судебной повестки Дата суда время

Наименование суда

Номер дела

Тип объекта

Адрес
застрахованного
объекта

Почтовый индекс

Государство

Регион, населенный пункт

Адрес

Опишите обстоятельства, приведшие к событию:

К настоящему уведомлению прилагаются следующие документы

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

ДЕКЛАРАЦИЯ УВЕДОМИТЕЛЯ

Подписывая настоящее Уведомление я:

Ф. И. О. лица, подающего Уведомление

- предоставляю ООО РНКБ Страхование 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70 (далее - Страховщик) персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность в связи с подачей уведомления на страховую выплату (далее – Персональные данные);
- своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее – «Цели обработки»). Страховщик ООО РНКБ Страхование 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70 вправе, в Целях обработки Персональных данных, осуществлять передачу Персональных данных юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам и актуариям Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных действительно на весь период действия Договора страхования и в течение пяти лет после прекращения всех обязательств сторон по вышеупомянутому Договору страхования;
- понимаю и согласен, что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве согласия на обработку Персональных данных. При этом такой отзыв может являться основанием для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;
- подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ

(публичные должностные лица), супругом, близким родственником с ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действующую от имени указанных лиц:

Да

Нет

Должность

Название организации:

Адрес организации:

• подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ИПДЛ), супругом, близким родственником ИПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действующую от имени указанных лиц:

Да

Нет

Подробнее

• подтверждаю, что сообщения, направленные с указанной в данном заявлении электронной почты, подписаны простой электронной подписью, что предоставленные им электронные копии документов являются полными тождественными копиями документов на бумажном носителе, не содержат исправлений любого характера - механическим и/или электронным способом. В случае обнаружения ошибок, в том числе по мнению Страховщика не читаемости документа, в полученном электронном сообщении, Страховщик информирует об этом Потерпевшего по электронной почте, при этом документ считается не принятым;

• о необходимости предоставления сведений об абонентском номере либо адресе электронной почты для целей направления кассового чека, сформированного при страховой выплате, уведомлен. Отсутствие сведений об абонентском номере либо адресе электронной почты в Заявлении о страховом возмещении и/или в заключенном со Страховщиком Договоре страхования прошу рассматривать как отказ от предоставления указанных сведений для целей получения кассового чека в электронной форме;

• согласен с тем, что Страховщик вправе при подписании документов, подписываемых Страховщиком в связи с исполнением Договора страхования, использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного должностного лица Страховщика с помощью средств механического или иного копирования;

• подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Уведомлении, иных документах являются правдивыми, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться незначительной.

ПОДПИСЬ УВЕДОМИТЕЛЯ

УВЕДОМИТЕЛЬ

Ф.И.О

Подпись

Дата уведомления