

Обязанность Страховой компании рассмотреть заявление и принять по нему решение о выплате или о мотивированном отказе в такой выплате возникает только после получения полного комплекта документов, предусмотренных договором страхования.

Помимо направления настоящей формы заявления Страховщику на электронный почтовый ящик claims@insurance.rncb.ru, Вам необходимо направить в офис Страховой компании оригиналы документов (включая заявление) или их заверенные нотариусом копии почтовым/курьерским отправлением по адресу: 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, и на выплату страхового возмещения

| | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|---|-------------------|
| По Страховому полису-оферте № | <input type="text"/> | от | <input type="text"/> | | |
| | Номер | | Дата | | |
| Ф. И. О. Заявителя | <input type="text"/> | | | | |
| являющегося | <input type="checkbox"/> Собственником | <input type="checkbox"/> Выгодоприобретателем | <input type="checkbox"/> Наследником | <input type="checkbox"/> Представителем | |
| Дата рождения | <input type="text"/> | Место рождения | <input type="text"/> | | |
| | | | с указанием страны | | |
| Документ, удостоверяющий личность | <input type="text"/> | № | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Наименование | Серия | Номер | Дата выдачи | Код подразделения |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Адрес регистрации | <input type="text"/> | Кем выдан | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Почтовый индекс | Государство | Регион, населенный пункт | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации) | <input type="text"/> | Адрес | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Почтовый индекс | Государство | Регион, населенный пункт | | |
| <input type="text"/> | | | | | |
| Контактные данные | <input type="text"/> | Адрес | <input type="text"/> | | |
| | Телефон мобильный | | Адрес электронной почты | | |

ПРОШУ РАССМОТРЕТЬ НАСТОЯЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПРИЛАГАЮЩИЕСЯ К НЕМУ ДОКУМЕНТЫ, ПРИЗНАТЬ ПРОИЗОШЕДШЕЕ СОБЫТИЕ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ И ПРОИЗВЕСТИ СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ В СВЯЗИ С НИЖЕСЛЕДУЮЩИМ:

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ

| | | |
|----------------------------|---|--|
| СОБЫТИЕ | <input type="checkbox"/> Решение суда | |
| Возможный страховой случай | <input type="checkbox"/> Утрата права собственности | <input type="checkbox"/> Ограничение (обременение) права собственности |
| Наименование суда | <input type="text"/> | |
| Номер дела | <input type="text"/> | Дата вступления решения суда в силу <input type="text"/> |
| Тип объекта | <input type="text"/> | |

Адрес
застрахованного
объекта

Почтовый индекс

Государство

Регион, населенный пункт

Адрес

Опишите обстоятельства, приведшие к событию:

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| | |

Если объект в залоге, имеется ли отказ Выгодоприобретателя 1 от выплаты?

Имеется

Не
имеется

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О.

Получателя

Заявитель

Выгодоприобретатель 1

РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О.

Владельца счета

Наименование банка

Расчетный Счет
Получателя

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

Лицевой счет
Получателя
(при наличии)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | / | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|

20 или 22 знака, обязателен для заполнения, если указан р/сч банка

БИК / SWIFT
Банка

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

Подписывая настоящее заявление я:

Ф. И. О. лица, подающего Заявление

- 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; ИНН; содержащиеся в настоящем Заявлении, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления 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 действующ 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 действую от имени указанных лиц;

Да

Нет

Подробнее

- 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 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.

- обязуюсь по запросу Страховщика предоставить оригиналы направленных по электронной почте документов в течение 10 календарных дней с момента направления такого запроса по электронной почте Страховщиком. В случае, если запрошенные копии электронных документов не предоставлены в течение 90 дней с момента направления указанного в настоящем пункте сообщения о необходимости их предоставления, Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании принятых им документов, в том числе в случае недостаточности представленных документов – об отказе в выплате.

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

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф.И.О

Подпись

Дата заявления