

ЗАЯВЛЕНИЕ

о событии, имеющем признаки страхового случая по риску «Гражданская ответственность» по договору добровольного комплексного страхования автотранспортных средств



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Заместителя Генерального директора
по развитию бизнеса от 13.08.2013 № 146
АО «Страховая группа «УралСиб»

ЗАЯВЛЕНИЕ №:	
ДАТА:	

1. ПЕРВИЧНОЕ СООБЩЕНИЕ О СОБЫТИИ

ТЕЛЕФОН	ФАКС	ПОЧТА	E-MAIL	№	ДАТА
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ЗАЯВИТЕЛЬ	Ф.И.О. физического лица			ИНН (при наличии)
ЗАЯВИТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ	<input type="checkbox"/> ПОТЕРПЕВШИМ	<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПОТЕРПЕВШЕГО	<input type="checkbox"/> СТРАХОВАТЕЛЕМ	<input type="checkbox"/> ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ СТРАХОВАТЕЛЯ

3. СВЕДЕНИЯ О ПОТЕРПЕВШЕМ

ПОТЕРПЕВШИЙ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ)	Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица			ИНН (при наличии)
АДРЕС МЕСТА РЕГИСТРАЦИИ				
АДРЕС ФАКТИЧЕСКИЙ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ АДРЕСА МЕСТА РЕГИСТРАЦИИ)				
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ	ТЕЛЕФОН ДОМ./ РАБ.	E-MAIL	
ВОДИТЕЛЬ ТС	Ф.И.О. физического лица			
ВОДИТЕЛЬСКОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ	СЕРИЯ, №	ДАТА ВЫДАЧИ	КЕМ ВЫДАНО	
<input type="checkbox"/> Заявитель* и/или потерпевший являются публичными должностными лицами - ПДЛ (их близкими родственниками) (см. приложение - Перечень категорий публичных должностных лиц) (при положительном ответе указать кто является ПДЛ, должность и/или степень родства) <input type="checkbox"/> Осуществляемая деятельность соответствует одному из видов и условий деятельности (см. приложение - Перечень видов и условий деятельности клиентов (контрагентов), используемый в целях идентификации (при положительном ответе указать вид и/или условие деятельности)___ *Если Заявителем является потерпевший или представитель потерпевшего				

4. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ

СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ)	Ф.И.О. физического лица / Наименование юридического лица			ИНН (при наличии)
КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	ТЕЛЕФОН МОБИЛЬНЫЙ	ТЕЛЕФОН ДОМ./ РАБ.	E-MAIL	
ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО	МАРКА, МОДЕЛЬ	ГОС. РЕГ. ЗНАК		
	VIN-КОД	ГОД ВЫПУСКА		
ВОДИТЕЛЬ ТС	Ф.И.О. физического лица			
ВОДИТЕЛЬСКОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ	СЕРИЯ, №	ДАТА ВЫДАЧИ	КЕМ ВЫДАНО	
<input type="checkbox"/> Заявитель* и/или страхователь являются публичными должностными лицами - ПДЛ (их близкими родственниками) (см. приложение - Перечень категорий публичных должностных лиц) (при положительном ответе указать кто является ПДЛ, должность и/или степень родства) <input type="checkbox"/> Осуществляемая деятельность соответствует одному из видов и условий деятельности (см. приложение - Перечень видов и условий деятельности клиентов (контрагентов), используемый в целях идентификации ((при положительном ответе указать вид и/или условие деятельности) *Если Заявителем является страхователь или представитель страхователя				

5. СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ

ВИД ПРИЧИНЕННОГО ВРЕДА / РАСХОДЫ ПОТЕРПЕВШЕГО	<input type="checkbox"/> ВРЕД ИМУЩЕСТВУ		<input type="checkbox"/> ВРЕД ЖИЗНИ, ЗДОРОВЬЮ		
	<input type="checkbox"/> РАСХОДЫ НА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ, МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ		<input type="checkbox"/> РАСХОДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ, ЛЕКАРСТВА		
	<input type="checkbox"/> ИНЫЕ РАСХОДЫ:				
ДАТА И ВРЕМЯ НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ	День	Месяц	Год	Час	Минута
МЕСТО СОБЫТИЯ	Республика/край/область, район, город/населенный пункт, улица, номер дома, участок дороги				

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: _____
070813640813

в) перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие - персональные данные субъекта персональных данных и его представителя, указанные в настоящем заявлении, заявлении на страхование и приложениях к нему, договоре страхования, документах, представляемых согласно договору страхования при наступлении страхового случая, изменении или досрочном прекращении договора;

г) перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие – действия, перечисленные в п.3 ст.3 ФЗ «О персональных данных», в т.ч. поручать обработку персональных данных третьим лицам:

- операторам сотовой связи (в целях передачи sms-сообщений): ПАО «ВымпелКом (127083, г. Москва, Ул. Восьмого марта, дом 10, строение, 14), ПАО «Мегафон» (115035, г. Москва, Кадашевская набережная, дом 30), ПАО «МТС» (109147, г. Москва, ул. Марксистская, дом 4) в целях передачи информации на номер абонента – субъекта персональных данных,
- ФГУП «Почта России» (131000, Москва, Варшавское шоссе, 37) в целях доставки корреспонденции по адресу субъекта персональных данных;
- ПАО «УРАЛСИБ» (119048, Российская Федерация, город Москва, ул. Ефремова, д. 8), АО «УРАЛСИБ Жизнь» (117393, г. Москва, ул. Профсоюзная, 56), АО «МСК «УралСиб» (142180, г. Климовск, ул. Ленина, 1) в целях продвижения услуг;
- другим лицам, наименование или фамилия, имя, отчество и адрес которых указывается на документах, используемых при заключении и исполнении договора страхования (страховым агентам и брокерам, банковским учреждениям, медицинским учреждениям, оценщикам и т.п.),

д) общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных - с использованием средств автоматизации или без использования таких средств;

е) срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных - с момента подписания настоящего заявления до дня отзыва в письменной форме;

Ж) СПОСОБ ОТЗЫВА ТЕКУЩЕГО СОГЛАСИЯ - ПУТЕМ ВРУЧЕНИЯ ОПЕРАТОРУ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПИСЬМЕННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ.

ЗАЯВИТЕЛЬ

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

СТРАХОВАТЕЛЬ (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВАТЕЛЯ)

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

ПОТЕРПЕВШИЙ (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТЕРПЕВШЕГО)

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

РАБОТНИК ЗАО «СТРАХОВАЯ ГРУППА «УРАЛСИБ»

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		

ВВОД В ИС ОСУЩЕСТВИЛ

Ф.И.О.	ПОДПИСЬ	ДАТА		