

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 подачи настоящей формы заявления на сайте, 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, или передать их лично, через отделение Банка РНКБ.

## 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"/> Законным представителем					
Дата рождения	<input type="text"/>	Место рождения	<input type="text"/>						
			с указанием страны						
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>	Серия	№	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text"/>	Код подразделения	<input type="text"/>
	Наименование		Номер						
Адрес регистрации	<input type="text"/>	Кем выдан	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Почтовый индекс		Государство		Регион, населенный пункт				
Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации)	<input type="text"/>	Адрес	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Почтовый индекс		Государство		Регион, населенный пункт				
Контактные данные	<input type="text"/>	Адрес	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Телефон мобильный								Адрес электронной почты

ИЗВЕЩАЮ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ В ЗАСТРАХОВАННОМ ИМУЩЕСТВЕ И 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  Пожар  Взрыв  Залив  Наезд  Конструктивные дефекты  
 Противоправные действия 3-х лиц  Падение летательных аппаратов и их частей  
 Стихийное бедствие:  
 Ураган  Наводнение  Землетрясение  Удар молнии  Сель  Лавина  
 Иное: \_\_\_\_\_

Дата события  (Укажите) Тип объекта

Адрес

поврежденного  
имущества

Почтовый индекс

Государство

Район, населенный пункт

Адрес

О происшествии заявлено в Управляющую компанию / МВД / МЧС / иные органы и службы:

Нет

Да

Название организации:

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

Заявитель

Выгодоприобретатель 1

Получатель

Ф. И. О.

Получателя

Дата рождения

Место рождения

с указанием страны

ДОКУМЕНТ,  
удостоверяющий  
личность

Наименование

Серия

№

Номер

Дата выдачи

Код подразделения

Кем выдан

Резидент

Гражданство

Второе  
гражданство

Страна

Резидентства

Не  
резидент

Гражданство  
отсутствует

ИНН

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

Миграционная карта

Номер

Дата начала срока пребывания

Дата окончания срока пребывания

Документ, подтверждающий право пребывания	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Наименование	Серия	Номер
Адрес регистрации	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Дата начала срока действия права пребывания /проживания	Дата окончания срока действия права пребывания /проживания	
Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Почтовый индекс	Государство	Регион, населенный пункт
Контактные данные	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Адрес	Телефон мобильный	Адрес электронной почты

## РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ

Ф. И. О. Владельца счета	<input type="text"/>
Наименование банка	<input type="text"/>
Расчетный Счет Получателя	<input type="text"/>
Счет Получателя	<input type="text"/>
БИК / SWIFT Банка	<input type="text"/>

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

## 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 (в том числе сведений, составляющих врачебную тайну), 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 вправе в Целях обработки осуществлять трансграничную передачу Персональных данных и предоставлять Персональные данные (включая сведения, составляющие врачебную тайну) ООО РНКБ Страхование 115280, г. Москва, ул. Ленинская слобода, д. 19, эт. 3, пом. 70, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам 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);
- подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом (далее – ПДЛ), супругом, близким родственником 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 действую от имени указанных лиц;
- 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 несущественной.

## ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

**ЗАЯВИТЕЛЬ**

Ф.И.О

Подпись

Дата заявления