

ЗАЯВЛЕНИЕ О СТРАХОВОМ СОБЫТИИ ПО РИСКУ GAP

№ / ОТ

ПО ПОЛИСУ: № ОТ

СТРАХОВАТЕЛЬ/ЗАЯВИТЕЛЬ:

ИНН: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] СНИЛС: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА ИЛИ МЕСТО РЕГИСТРАЦИИ:

ТЕЛЕФОН / EMAIL: +7 ()

ТРАНСПОРТНОЕ СРЕДСТВО (ТС):

МАРКА: МОДЕЛЬ: ГОД ВЫПУСКА:
VIN: ГОС НОМЕР:

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ ПО ПОЛИСУ КАСКО:

ДАТА И ВРЕМЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ: В ч. мин.
ВИД СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ: УГОН; ПОЛНАЯ КОНСТРУКТИВНАЯ ГИБЕЛЬ ТС
АДРЕС МЕСТА ПРОИСШЕСТВИЯ:

ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НАСТУПЛЕНИЯ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

О СТРАХОВОМ СЛУЧАЕ ЗАЯВЛЕНО В КОМПЕТЕНТНЫЕ ОРГАНЫ:

В ГИБДД; В ОВД; В МЧС; ИНОЕ

НОМЕР ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ КАСКО:

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ КАСКО: с по

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ (КАСКО):

СУММА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ПО ДОГОВОРУ КАСКО:

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ:

ПОЛУЧАТЕЛЬ ПЛАТЕЖА:

НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА:

БИК:

ИНН БАНКА ПОЛУЧАТЕЛЯ:

КОРРЕСПОНДЕНТСКИЙ СЧЕТ:

РАСЧЕТНЫЙ СЧЕТ БАНКА:

РАСЧЕТНЫЙ (ЛИЦЕВОЙ) СЧЕТ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

Подписывая данное заявление, я подтверждаю:

- достоверность изложенных в нем сведений и выражаю согласие на их проверку Страховщиком, если это будет необходимо;
- что других договоров страхования финансовых рисков и/или утраты товарной стоимости в отношении указанного в заявлении ТС не заключал и/или что в другие страховые компании по иным договорам страхования финансовых рисков с заявлением о возмещении финансовых потерь в связи с указанным в заявлении страховым случаем по договору КАСКО не обращался, страховое возмещение в рамках страхования финансовых рисков по данному событию в других страховых компаниях и компенсацию от виновного лица не получал;
- выражаю ООО «СК «ИНСАЙТ» свое согласие на обработку всех содержащихся в данном Заявлении персональных данных в целях осуществления предстрахового андеррайтинга, заключения и исполнения договора страхования и перестрахования посредством выполнения действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, распространение, в том числе право на передачу ООО «СК «ИНСАЙТ» моих персональных данных третьим лицам, оказывающим услуги Страховщику в связи с заключением и исполнением Договора страхования и указанным на официальном сайте Страховщика, в том числе ООО «М Брокер», ИНН 5024178232, адрес: 143420, Московская область, г. Красногорск, км 25, склад, комп. кул. балт, помещ. 39; ООО «НИК Автопрофи», ИНН 5017085072, адрес: 143500, Московская область, г. Истра, ул. Морозова, д. 1, помещ. 31; ПАО «Мегафон», ИНН 7812014560, адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д.41; ООО «БКИ Эквифакс», ИНН 7813199667, адрес: 129090, г. Москва, Каланчевская ул., д. 16, стр. 1; ПАО «Сбербанк России», ИНН 7707083893, адрес: 117312, г. Москва, ул. Вавилова, д.19; ООО «АТБ» Банк, ИНН 7727038017, адрес: 123007, г. Москва, ул. 1-я Магистральная, д. 13, стр. 2 (по тексту – «Третьи лица»), право на передачу оператором связи ПАО «Мегафон» моих персональных данных иным операторам связи, а также третьим лицам, привлеченным иными операторами связи или самим оператором ПАО «Мегафон», в целях заключения и исполнения Договора страхования, в том числе представление с помощью средств связи информации в целях исполнения Договора страхования и информации о страховых услугах, оказываемых Страховщиком, путем осуществления указанными лицами прямых контактов со Страхователем, включая посредством направления уведомлений с применением СМС-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами по телефону, по адресам электронной почты, указанным при заключении Договора страхования и/или в настоящем заявлении; Данное согласие дано без ограничения срока действия и может быть отозвано путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора ООО «СК «ИНСАЙТ»;
- даю свое согласие на предоставление ООО «СК «ИНСАЙТ» по его запросу полной информации о состоянии своего здоровья, составляющей врачебную тайну (ч. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), включая копии записей в подлинных медицинских документах, а также любую иную информацию государственными органами и службами, медицинскими и иными учреждениями (в т.ч. лечебно-профилактическими, учреждениями здравоохранения особого типа), располагающими сведениями об истории заболевания, о физическом и психическом состоянии здоровья, об обстоятельствах и причинах (в том числе о возможных причинах) наступления страхового случая (в том числе любому врачу, оказавшему медицинскую помощь и исследовавшему состояние здоровья Страхователя/Застрахованного лица), и разрешаю Страховщику использовать эту информацию для решения вопросов, связанных со страхованием, в том числе для решения вопроса о страховой выплате при наступлении страхового случая;
- согласие на передачу моих персональных данных собственнику транспортного средства;
- свое согласие на проведение ООО «СК «ИНСАЙТ» опросов по качеству оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования с использованием любых средств связи, в том числе сообщениями на телефонный номер, адрес электронной почты, указанные в настоящем Заявлении;
- что Собственник (Выгодоприобретатель) не является иностранным публичным должностным лицом и/или его родственником, должностным лицом публичной международной организации, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечень должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае обязуюсь предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга).
- документы, запрошенные Страховщиком, переданы мной по Акту приема-передачи документов.

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОДАЛ СТРАХОВАТЕЛЬ (ЗАЯВИТЕЛЬ):

ПОДПИСЬ

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯЛ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА:

ПОДПИСЬ

ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ:

ДАТА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ: