



**Боровицкое
страховое
общество**

В АО «Боровицкое страховое общество»
Лицензии от 12.03.2024 ОС № 3064-03, СИ № 3064, СЛ № 3064
119049, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Якиманка,
ул. Мытная, д. 1, стр. 1, тел.: (495) 540-51-10,
e-mail: info@bsoinsur.ru, www.bsoinsur.ru
ОГРН 1027700533145 ИНН 7714034590

Заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, по договору страхования

— Данные по договору страхования №:

от
ДД.ММ.ГГ.

Прошу рассмотреть заявление и, в случае признания события страховым, произвести страховую выплату:

— Данные заявителя

Заявитель
ФИО полностью

Дата рождения
ДД.ММ.ГГ.

— Документ, удостоверяющий личность:

Тип документа

Серия

Номер

Кем выдан

Дата выдачи
ДД.ММ.ГГ.

Код подразделения

ИНН РФ

Нет гражданства РФ

— Адрес проживания (почтовый):

Индекс

Область/край/
республика

Город

Улица

Дом

Корпус

Квартира

— Контактная информация:

Телефон

+7

E-mail

Я даю свое согласие Страховщику на отправку мне СМС или сообщений по электронной почте с информацией о статусе рассмотрения данного заявления и/или запроса, необходимых для рассмотрения заявления и документов.

**— Я подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ),
супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ.**

При отметке «Да» необходимо заполнить анкету ПДЛ, приложение к заявлению:

☐

Да

*Перечень должностей, относящихся к понятию ПДЛ, расположен в разделе «Раскрытие информации» на официальном сайте Страховщика bsoinsur.ru. Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ в соответствии с 115-ФЗ.

— Заявитель действует:

☐

от обственного имени и в своих интересах

☐

от имени и в интересах Выгодоприобретателя

— Данные застрахованного лица:

Заполнить если заявитель не является Выгодоприобретателем

Застрахованный
ФИО полностью

Дата рождения
ДД.ММ.ГГ.

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.

— Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Дата наступления события ДД.ММ.ГГ.

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

- ☐ Травма
- ☐ Инвалидность I группы
- ☐ Смерть
- ☐ Временная нетрудоспособность
- ☐ Инвалидность II группы
- ☐ Хирургические операции
- ☐ Заболевание (Болезнь)
- ☐ Инвалидность III группы
- ☐ Иное

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

— Банковские реквизиты получателя выплаты:

ФИО полностью

Наименование банка

Корр. счет банка получателя

БИК банка получателя

Номер лицевого счета получателя

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006г. № 152-ФЗ в целях исполнения Договора страхования:

«Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») в медицинских и судебно-экспертных организациях (учреждениях) независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности , а также в органах и учреждениях системы МВД РФ, МЧС РФ, и иных правоохранительных структурах РФ. Я соглас(на)ен на получение Страховщиком сведений и/или документов (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно ч.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, в следующих организациях:

- медицинских организациях (включая лечебно-профилактические, судебно-медицинские и иные специализированные организации, госпитали, поликлиники, медико-санитарные части — юридические лица независимо от ведомственной принадлежности, осуществляющие медицинскую деятельность на основании соответствующей лицензии, любых учреждениях здравоохранения, а также учреждениях особого типа (центрах, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическим бюро) и органах социальной защиты информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
- работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ.