



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.

— Адрес места нахождения поврежденной/утраченной недвижимости (движимого имущества):

Область/край/
республика

Город Улица

Дом Корпус Квартира

Дополнительная информация:

Контактная информация (укажите телефон и ФИО, если осмотр будет проводится в присутствии представителя):

ДД.ММ.ГГ.

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.

— 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 Компании bsoinsur.ru Указанный Перечень должностей используется для определения принадлежности к ПДЛ в соответствии с 115-ФЗ.

— Заявитель действует:

☐ от собственного имени и в своих интересах ☐ от имени и в интересах Выгодоприобретателя

— Данные Выгодоприобретателя (лица, чья ответственность застрахована):

Заполнить если заявитель не является Выгодоприобретателем

Заявитель

ФИО полностью

Дата рождения

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:

☐ Залив	☐ Стихийные бедствия	☐ Повреждение имущества соседей*	☐ Иное
☐ Пожар/Взрыв газа	☐ Противоправные действия	☐ Вред жизни и здоровью соседей*	
☐ Столкновение/Удар	☐ Кража/Грабеж	☐ Терроризм/диверсия	

*Если пострадало имущество соседей и/или их жизнь и здоровье передайте им бланк заявления для заполнения.

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	

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона о "О персональных данных" от 27.07.2006г. № 152-ФЗ: В целях исполнения договора страхования Я даю своё согласие на обработку персональных данных (далее - ПДн) Страховщику, а так же поручить АО "Боровицкое страховое общество", 119049, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Якиманка, ул. Мытная, д. 1, стр. 1, обработку моих персональных данных, а также иным обработчикам (далее - "Обработчики"), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя / Застрахованного/ Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (установленного образца) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие в вышеуказанных целях (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), данные миграционной карты, контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, а также данные, которые обрабатываются со слов Страхователя.

Перечень действий, которые осуществляются по поручению с согласия Страхователя, и общее описание способов обработки вышеуказанных ПДн: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (вт. ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, вт. ч. бумажных, носителях). Перечисленные действия совершаются Обработчиками в целях исполнения договора страхования.

Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: учреждениях/организациях любых форм организации и форм собственности, а также в органах и учреждениях МВД, МЧС, и иных правоохранительных структур 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.

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

____.____.____

Дата ДД.ММ.ГГ.