

Я (заявитель) подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ, доверенным лицом ПДЛ Да
При отметке «Да» необходимо заполнить анкету ПДЛ, приложение к заявлению:

*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.

Адрес фактический (для корреспонденции)

Индекс Область/Край/Респ.

Город Улица

Дом Корп./Стр. Офис

Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Адрес местонахождения поврежденной недвижимости (движимого имущества) совпадает с фактическим адресом?

Да Нет* При отметке «Нет» необходимо заполнить адрес места происшествия

Город Улица

Дом Корп./Стр. Кв./Офис

Доп. информация

Дата наступления события/аварии ДД.ММ.ГГ.

Период сбой/аварии Дата начала ДД.ММ.ГГ. Время :

Дата окончания (ликвидации) ДД.ММ.ГГ. Время :

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Залив | <input type="checkbox"/> Механические повреждения | <input type="checkbox"/> Умышленное уничтожение | <input type="checkbox"/> Повреждение имущества третьих лиц* |
| <input type="checkbox"/> Пожар/Взрыв | <input type="checkbox"/> Стихийные бедствия | <input type="checkbox"/> Терроризм/диверсия | <input type="checkbox"/> Вред жизни и здоровью третьих лиц* |
| <input type="checkbox"/> Бой стекла | <input type="checkbox"/> Авария/Поломка/Гидроудар | <input type="checkbox"/> Непреднамеренная ошибка | <input type="checkbox"/> Противоправные действия третьих лиц |

*Если пострадало имущество или нанесен вред здоровью третьих лиц, передайте их представителю бланк заявления для заполнения.

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152ФЗ: 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 / Лица, чья ответственность застрахована/ 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 страхования 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.