



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,
email: 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.

Телефон

+7

Email:

— Документ, удостоверяющий личность:

Тип документа

Серия

Номер

Кем выдан

Дата выдачи
ДД.ММ.ГГ.

Код подразделения

☐ Согласно Устава

Заявитель действует:

☐ По доверенности

От
ДД.ММ.ГГ.

— данные страхователя (юридического лица/ индивидуального предпринимателя):

Наименование полностью

ИНН

ОГРН
(ОГРНИП)

КПП

Телефон

Email:

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 документов.

ФИО
руководителя организации

Сведения об
органах
управления
юридического
лица

☐ Общее собрание участников

Состав: (ФИО/Наименование)

☐ Совет директоров (наблюдательный совет)

☐ Коллегиальный исполнительный орган

Должность: (ФИО)

☐ Единоличный исполнительный орган

— Данные для получения страховой выплаты:

Выгодоприобретатель

Наименование банка

Корр. счет банка получателя

БИК банка получателя

Номер расчетного счета

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.



— Я (заявитель) подтверждаю, что являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ), супругом ПДЛ, близким родственником ПДЛ, доверенным лицом ПДЛ

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.

Дата окончания (ликвидации)

ДД.ММ.ГГ.

Время

:

Время

:

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

☐ Залив

☐ Механические повреждения

☐ Умышленное уничтожение

☐ Повреждение имущества третьих лиц*

☐ Пожар/Взрыв

☐ Стихийные бедствия

☐ Терроризм/диверсия

☐ Вред жизни и здоровью третьих лиц*

☐ Бой стекла

☐ Авария/Поломка/Гидроудар

☐ Непреднамеренная ошибка

☐ Противоправные действия третьих лиц

Иной риск (указать):

*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 о "О персональных данных" от 27.07.2006г. № 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.