МТС СТРАХОВАНИЕ

ООО «МТС Страхование»

115432, г. Москва,Андропова пр-т, д. 18, корп. 1
тел. +7 499 755-64-33 донабор 1
e-mail: info@insurance.mts.ru
insurance.mts.ru

ОГРН 1217700000011
ИНН 7707447597

Обязанность Страховой Компании рассмотреть заявление и принять по нему решение о выплате или мотивированному отказу в такой выплате возникает только после получения полного комплекта документов, предусмотренных договором/полисом страхования. Рассмотрение происходит по копиям документов предоставленных по электронной почте: claims-ins@rncbinsurance. ru. По запросу Страховой компании, в отдельных случаях, необходимо будет предоставить бумажные версии документов, включая заявление на выплату по адресу: 115432 г. Москва, пр-т Андропова, 18,к.1.

Заявление на страховую выплату

По Договору страхования № _____ от _____

Ф. И. О. заявителя _____

☐ Застрахованное лицо ☐ Выгодоприобретатель ☐ Наследник ☐ Представитель

Дата рождения _____ Место рождения _____
(с указанием страны)

Основания полномочий представителя _____
Наименование документа

_____ _____ _____
Номер документа Дата выдачи Срок

_____
Кем выдан

Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации) _____ _____
Государство Регион, населенный пункт

_____
Адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

Контактные данные _____ _____
Телефон мобильный Адрес электронной почты

Прошу рассмотреть настоящее заявление и прилагающиеся к нему документы, признать произошедшее событие страховым случаем и произвести страховую выплату в связи с нижеследующим:

☐ Смерть в результате несчастного случая или болезни
☐ Инвалидность I, II группы в результате несчастного случая или болезни
☐ Телесные повреждения (травмы)
☐ Диагностирование вирусного заболевания
☐ Несанкционированное снятие денежных средств
☐ Утрата банковской карты
☐ Утрата документов
☐ Возникновение убытков от утечки персональных данных
☐ Временная утрата трудоспособности в результате несчастного случая или заболевания
☐ Потеря дохода
☐ Смертельно опасное заболевание
☐ Госпитализация
☐ Хищение наличных денежных средств
☐ Возникновение непредвиденных судебных расходов
☐ Хищение личных вещей
☐ Перевод вследствие противоправных действий или снятие наличных в банкомате с целью их дальнейшей передачи мошенникам

Сведения о получателе выплаты

☐ Застрахованное лицо ☐ Выгодоприобретатель ☐ Наследник ☐ Представитель

Ф.И.О. заявителя _____

Дата рождения _____ Место рождения _____
(с указанием страны)

Основания полномочий представителя _____
Наименование документа

_____ _____ _____
Номер документа Дата выдачи Срок

_____
Кем выдан

Документ, удостоверяющий личность _____ _____ _____
Наименование Серия Номер

_____ _____
Дата выдачи Действителен до

_____
Кем выдан

Адрес места пребывания (если отличается от адреса регистрации) _____ _____
Государство Регион, населенный пункт

_____
Адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

☐ Резидент РФ ☐ Нерезидент РФ ☐ Гражданство отсутствует

Гражданство _____ Второе гражданство _____

Страна резидентства _____ ИНН _____

Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства

Миграционная карта/ разрешение на работу/ РВП/РВПО/ВНЖ (нужное подчеркнуть) _____ _____ _____
Номер Дата начала срока пребывания Дата окончания срока пребывания

Номер SSN (для граждан США) _____ **Номер ID** (для граждан США) _____

Адрес регистрации _____ _____
Государство Регион, населенный пункт

_____
Адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

Контактные данные _____ _____
Телефон мобильный Адрес электронной почты

Сведения о событии

Дата события _____

Описание события

Сведения о застрахованном лице, с которым произошло заявленное событие
Заполняется, если получателем выплаты является иное, не застрахованное лицо

☐ Является получателем выплаты

Ф.И.О. застрахованого лица _____

Дата рождения _____ Место рождения _____
(с указанием страны)

Документ, удостоверяющий личность

_____ Наименование | _____ Серия | _____ Номер

_____ Дата выдачи | _____ Действителен до

_____ Кем выдан

Адрес регистрации

_____ Государство | _____ Регион, населенный пункт

_____ Адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт

Адрес фактического пребывания
(если отличается от адреса регистрации; должен быть достоверным для получения документов)

Государство _____ Регион, населенный пункт _____

Адрес, включая почтовый индекс, государство, регион/населенный пункт _____

Реквизиты для получения выплаты

Ф.И.О. владельца _____

Наименование банка _____

Рассчетный счет получателя

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Лицевой счёт получателя (при необходимости)

																				/	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

20 или 22 знака, обязаелен для заполнения, если указан р/сч банка

БИК/SWIFT банка

1	2	3	4	5	6	7	8	9

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Подписывая настоящее заявление я: _____

- предоставляю ООО «МТС Страхование» 115432, г.Москва, Андропова пр-т, д.18, корп.1 (далее — Страховщик) персональные данные и иную информацию обо мне, включающие, в том числе: фамилию, имя, отчество; пол; год, месяц, дату и место рождения; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания; номер телефона; сведения о документе, удостоверяющем личность; ИНН; место работы, должность, профессию, служебные обязанности; в случае, если я являюсь одновременно застрахованным лицом и получателем страховой выплаты (выгодоприобретателем) — сведения о состоянии моего здоровья, включая сведения, составляющие врачебную тайну, увлечениях (хобби), семейном, социальном и имущественном положении, содержащиеся в настоящем Заявлении, финансовой и медицинской анкете, иных документах, заполняемых и подписываемых мною в связи с подачей Заявления на страховую выплату (далее — Персональные данные);
- своей волей и в своем интересе даю согласие Страховщику на автоматизированную, неавтоматизированную и смешанную обработку Персональных данных и любой информации обо мне, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование и уничтожение Персональных данных и иной информации, сообщенной мной или моим представителем Страховщику в целях осуществления страховых выплат и урегулирования страховых случаев (далее — «Цели обработки»). Страховщик вправе в целях обработки предоставлять Персональные данные, включая сведения, составляющие врачебную тайну, юридическим лицам, осуществляющим электронную обработку сведений о клиентах Страховщика, перестраховочным организациям, моим представителям, аффилированным лицам Страховщика и лицам, входящим в группу лиц, в которую входит Страховщик, юридическим и финансовым консультантам, аудиторам и актуариям Страховщика, а также иным лицам, если это необходимо для достижения Целей обработки и на основании соответствующих договоров, содержащих обязательство этих лиц по соблюдению конфиденциальности полученной информации;
- согласен (согласна) с тем, что вышеизложенное согласие на обработку Персональных данных (включая сведения, составляющие врачебную тайну) действительно на весь период времени, в течение которого будут производиться все необходимые мероприятия, связанные с признанием (не признанием) заявленного события по договору страхования страховым случаем и осуществления страховой выплаты по нему и в течение пяти лет после окончания указанного периода времени;
- понимаю и согласен (согласна), что указанное согласие на обработку и передачу Персональных данных может быть мною отозвано посредством направления Страховщику письменного заявления об отзыве согласия на обработку Персональных данных;

- подтверждаю, что я не являюсь должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров Центрального банка РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которую и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ (публичные должностные лица), супругом, близким родственником с ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц

☐ Да

☐ Нет _____ _____

Должность Наименование организации

_____

Адрес организации

☐ Да

☐ Нет _____

Подробнее

- подтверждаю, что я не являюсь иностранным публичным должностным лицом, супругом, близким родственником с ПДЛ (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии, полнородными и не полнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами, усыновителями и усыновленными) и не действую от имени указанных лиц;
- подтверждаю, что все сведения, предоставленные мной или от моего имени в настоящем Заявлении, иных документах являются правдивыми, достоверными и содержащими полную информацию, включая ту, которая, по моему мнению, может являться несущественной.

Заявитель: _____

Ф. И. О.

_____ _____

Подпись Дата