

Заявление о страховом событии

Настоящим сообщая о факте наступления страхового события по полису:

от

номер полиса

дата оплаты полиса

Страхователь:

является выгодоприобретателем

ФИО страхователя

Телефон:

контактный телефон

Email:

адрес электронной почты

Указывая настоящий email адрес, я как страхователь/полномочный представитель страхователя, имеющий право по распоряжению объектом страхования, указанным в настоящем Заявлении, отказываюсь от получения документов на бумажном носителе по заявленному убытку и прошу ООО СК «Пulsь» направлять всю корреспонденцию на указанный адрес электронной почты. Я признаю надлежащим подтверждением доставки и получения электронного письма от ООО СК «Пulsь» уведомление от сервера о доставке соответствующего электронного письма.

Адрес регистрации:

по паспорту

область / край / округ

район (если есть)

город / населённый пункт

улица

№ дома / участка

корпус

квартира

Документ удостоверяющий личность:

паспорт РФ

иной документ:

наименование документа

для паспорта: серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения · для иных документов — аналогичные реквизиты

Дата рождения:**Гражданство:****ИНН:**

номер ИНН, при наличии

Являетесь ли вы публичным должностным лицом

Нет

Да

Имеются ли у вас бенефициарные владельцы

Нет

Да

Питомец:

кликка питомца

кошка

собака

хорёк

шиншилла

Пол:

М

Ж

Возраст:

лет, месяцев

Порода:

название породы, при наличии

Причина произошедшего события (в соответствии с перечнем рисков, указанных в полисе):

травма

заболевание

укус клеща

опасное заболевание

гражданская ответственность

непредвиденные расходы

Краткое описание события:**Предполагаемый размер ущерба:****Дата события:****О событии заявлено в компетентные органы**

Нет

Да

МВД, МЧС, иные независимые экспертизы и сервисные организации

наименование компетентного органа

Имеются действующие полисы в других страховых компаниях в отношении объекта: Нет Да

наименование компании	номер полиса	дата заключения

Страховое возмещение прошу перечислить по следующим реквизитам (достоверность данных получателя подтверждаю):

Заполняется, если заявитель не является получателем

Получатель:
ФИО по паспорту

Адрес регистрации:
по паспортуобласть / край / округрайон (если есть)

город / населённый пункт	улица	№ дома / участка	корпус	квартира

Документ удостоверяющий личность: паспорт РФ иной документ:
наименование документа

для паспорта: серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения · для иных документов — аналогичные реквизиты

Дата рождения: Гражданство:

ИНН:
номер ИНН, при наличии

Являетесь ли вы публичным должностным лицом Нет Да

Имеются ли у вас бенефициарные владельцы Нет Да

Наименование банка: БИК:

Лицевой счёт получателя:

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы:

1: <input style="width: 80%; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	3: <input style="width: 80%; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
2: <input style="width: 80%; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>	4: <input style="width: 80%; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я даю своё согласие на обработку ООО СК «Пульс» (121059, Москва, ул. Киевская, 7к1) (далее — Страховщик), моих персональных данных (ФИО, номер телефона, адрес электронной почты, адрес регистрации, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, дата рождения, гражданство, СНИЛС, ИНН), специальных персональных данных пострадавшего (застрахованного лица) (сведений о состоянии здоровья, данных о наличии инвалидности с указанием группы, данных о подготовке к направлению на медико-социальную экспертизу, с указанием заболевания), указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в целях надлежащего исполнения Договора страхования (исполнение обязательств, проверку качества оказания услуг, формирование статистики, отправку и получение СМС-сообщений, сообщений по электронным каналам связи (в том числе мессенджером), содержащих информацию по договору страхования).

Страховщик вправе осуществлять все необходимые действия, предусмотренные п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), использование, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам, которые привлечены или будут привлекаться Страховщиком для исполнения обязательств по Договору страхования (в случае появления такой необходимости по мнению Страховщика — организации, осуществляющие консультирование клиентов, медицинские экспертные организации) на основании договора, содержащего условие об обработке персональных данных, в объёме необходимом для достижения цели его заключения, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, внесение в информационную систему, автоматическую обработку, трансграничную передачу, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Я даю своё согласие на направление Страховщиком запросов и предоставление Страховщику третьими лицами, органами власти, включая МВД России, МЧС России, органами прокуратуры и иными компетентными органами, Пенсионный фонд РФ,

включая его отделения, организациями / учреждениями / юридическими лицами, а также страховыми компаниями, любыми медицинскими организациями, включая федеральными государственными учреждениями МСЭ, частными врачами, фондами обязательного медицинского страхования (в том числе территориальными), работодателем, лечебно-профилактическими учреждениями или учреждениями здравоохранения особого типа, в которых пострадавший (застрахованное лицо) проходил лечение, находится или находился под наблюдением, сведений, касающихся обстоятельств и причин заявленного события, обладающего признаками страхового случая (в случае появления такой необходимости по мнению Страховщика). В том числе:

Я даю своё согласие на передачу в ООО СК «Пuls» и получение ООО СК «Пuls» составляющих врачебную тайну сведений на основании части 3 статьи 13, частей 4 и 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», включая сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозе или прогнозе, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении в любое время, в том числе в случае смерти, и обработку этих данных Страховщиком;

Настоящее согласие в соответствии с частью 3 статьи 13, частями 4 и 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» включает в себя право Страховщика знакомиться с медицинской документацией, получать медицинские документы (их копии). Я согласен, что получение Страховщиком сведений, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме, в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований, в любое время, в том числе в случае смерти.

Я согласен, что направление Страховщиком указанных запросов и представление Страховщику запрошенной информации может осуществляться в том числе в электронной форме, включая направление электронных документов подписанных УКЭП, сканированных образов документов и использование иных способов обмена информацией в электронной форме.

Настоящее согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

Согласия могут быть отозваны в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.

Подтверждаю, что не являюсь публичным должностным лицом, указанным в подпункте 1 пункта 1 статьи 7.3 Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ

Дата заявления:

Заявитель:

подпись

ФИО