

Заявление на страховую выплату

Я,

Дата рождения / / г. (ФИО полностью) ИНН: (при наличии)

Адрес: Индекс Страна

Область/Край

Город/Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Квартира

Паспорт: серия номер Дата выдачи / / г.

Моб. тел.: (кем выдан) Дом. тел.:

E-mail:

являюсь

(Выгодоприобретателем/Наследником по закону/Представителем по доверенности/Родителем/Усыновителем)

по Договору страхования от

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

Причинение убытков в результате незаконного/несанкционированного снятия денежных средств со Счета с использованием банковской карты;	<input type="checkbox"/>
Хищение у Держателя карты наличных денежных средств, полученных Держателем карты в банкомате;	<input type="checkbox"/>
Утрата мобильного телефона в результате кражи, грабежа, разбоя	<input type="checkbox"/>

Сведения о мобильном телефоне (в случае утраты мобильного телефона):

Наименование устройства:

Марка:

Модель:

IMEI:

Сведения о произошедшем событии: Дата наступления страхового события:

Описание события (описание обстоятельств, при которых произошло страховое событие)

Документы, подтверждающие наступление события

Независимо от вида события к настоящему Заявлению прилагаются:

Копия документа, удостоверяющего личность заявителя.

Копия Договора страхования ООО "СК КАРДИФ"



В случае причинения убытков в результате незаконного/несанкционированного снятия денежных средств со Счета с использованием банковской карты:

В случае хищения у Держателя карты наличных денежных средств, полученных Держателем карты в банкомате:

В случае утраты мобильного телефона в результате противоправных действий третьих лиц:

Иные документы:

Я заявляю, что сведения, сообщенные мной Страховщику в данном Заявлении, являются полными, правдивыми и точными, не упущены и не скрыты факты, касающиеся наступления заявленного события. Я знаю, что сообщение заведомо ложных, а также неполных сведений по вопросам, сформулированным в данном Заявлении, либо вопросам, заданным мне в отдельном письменном запросе Страховщиком, может явиться основанием для отказа Страховщика в признании заявленного события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты. Я также обязуюсь предоставить Страховщику все запрошенные им документы, необходимые для признания произошедшего события страховым случаем. Я согласен с тем, что в случае моего отказа предоставить запрошенные документы, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора страхования. Я разрешаю Страховщику собирать любую информацию, касательно обстоятельств заявленного мной события.

Настоящим выражаю свое согласие на получение ООО «СК КАРДИФ» юр. адрес: 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, д. 2, корп. 1) в целях исполнения Договора страхования и перестрахования: на получение любой необходимой информации в правоохранительных и других органах (учреждениях) для проверки предоставленной мной информации, а также для выяснения всех обстоятельств наступления заявленного события; на получение любой информации от страховых компаний, к которым я обращался с целью заключения договора страхования.

Настоящим выражаю свое согласие на обработку всех содержащихся в настоящем заявлении и прилагающихся к нему документах персональных данных ООО «СК КАРДИФ» (юр. адрес: 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, д. 2, корп. 1) в целях исполнения Договора страхования и перестрахования посредством выполнения следующих действий по обработке персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (изменение, обновление), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам, трансграничную передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Данные согласия даны на срок 3 года с момента подписания настоящего заявления и могут быть отозваны путем личной подачи письменного заявления на имя генерального директора ООО «СК КАРДИФ».

Дата / / г. _____ / _____ / _____
Подпись Заявителя (Фамилия, инициалы)

Настоящим выражаю свое согласие на участие в опросе удовлетворенности качеством работы/ обслуживания

ООО «СК КАРДИФ», посредством направления информации на следующий адрес электронной почты (e-mail адрес):

и/или через направление sms-сообщения (смс-сообщения)

на следующий номер телефона: ()

_____ Дата / / г.

Подпись Страховщика

