

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ****1. Сведения о Заявителе**

Я, \_\_\_\_\_  
*Фамилия Имя Отчество (при наличии последнего)*  
Гражданство \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_ Код подразделения \_\_\_\_\_  
ИНН (при наличии) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства (регистрации) или места  
пребывания: \_\_\_\_\_

*индекс, область (край), район, населенный пункт (город), улица, дом, корпус, квартира*

являющийся Страхователем (Выгодоприобретателем) по Полису серия **ТС0** № \_\_\_\_\_  
прошу Вас осуществить возмещение ущерба, понесенного в результате события, указанного в п. 2 настоящего  
Заявления:

**2. Сведения о событии, имеющем признаки страхового случая:**

Событие произошло «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по адресу: \_\_\_\_\_  
при следующих обстоятельствах: \_\_\_\_\_

О событии заявлено «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

в правоохранительные органы *(в случае грабежа или разбоя, совершенного в отношении Страхователя (Выгодоприобретателя))*

*наименование компетентного органа*

в Авторизованный сервисный центр производителя *(в случае повреждения Застрахованного имущества в результате механического воздействия не повлекшее его утрату (гибель))*

*наименование и адрес Авторизованного сервисного центра производителя*

Вследствие события произошло:

Повреждение следующего имущества в результате механического воздействия не повлекшее его утрату (гибель)

Марка/Модель	Артикул(IMEI/Serial)

Утрата (гибель) следующего имущества:

Марка/Модель	Артикул(IMEI/Serial)

Приложение:

Перечень документов, подтверждающих наступление события, размер ущерба и имущественный интерес (все документы обязательны для предоставления):

Копия Страхового полиса \_\_\_\_\_ (количество листов);

Страхователь (Выгодоприобретатель) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Фамилия Инициалы

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Нет  Да

Если «Да», укажите должность и наименование организации \_\_\_\_\_

!Только для иностранных граждан: Если Вы являетесь иностранным гражданином, то просим указать являетесь ли налоговым резидентом РФ (налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в РФ не менее 183 дней в течение 12 следующих подряд месяцев):  Нет  Да Данные документа, подтверждающего права иностранного гражданина/лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ Дата начала срока действия права пребывания (проживания) \_\_\_\_\_ г. Дата окончания срока действия права пребывания (проживания) \_\_\_\_\_ г. Данные миграционной карты (для иностранных граждан) серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ Дата начала срока пребывания в РФ \_\_\_\_\_ г. Дата окончания срока пребывания в РФ \_\_\_\_\_ г.

#### 4. Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях принятия решения об осуществлении страховой выплаты и определения ее размере даю свое согласие ООО «Хоум Кредит Страхование» (далее – Страховщик) и сервисным центрам, авторизованным заводом-изготовителем имущества на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, в документах, приложенных к настоящему заявлению, сообщенных Страховщику и/или сервисным центрам, авторизованным заводом-изготовителем имущества устно, письменно или в электронном виде по любым каналам связи.

Указанное согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления Страховщику письма с указанием данных, определенных ст. 14 Федерального закона «О персональных данных».

Понимаю, что без заполнения всех полей заявления, а также в случае непредставления предусмотренного условиями договора страхования перечня документов, в отсутствие моей подписи на каждой странице заявления Страховщиком может быть принято решение о не признании события страховым случаем.

Страхователь (Выгодоприобретатель) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

Фамилия Инициалы

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Страница 3 из 3