СБЕР СТРАХОВАНИЕ

ООО СК «Сбербанк страхование», 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 1, 1-й этаж, пом. 3, тел. для получения консультаций: 8-800-555-555-7, для связи по электронной почте: corp.customer@sberins.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ФИО Заявителя*

(ФИО и дата рождения)

Статус Заявителя*

☐ Страхователь ☐ Выгодоприобретатель ☐ Застрахованный ☐ Представитель застрахованного лица

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ*

Вид документа*

Серия, номер* Дата выдачи* __ __ . __ __ . __ __ __ __

Орган, выдавший паспорт*

Адрес фактического проживания Заявителя, включая индекс (для почтовой корреспонденции)*

Телефон Заявителя* +7 ( ) Email заявителя

Прошу учитывать данное заявление при принятии решения о страховой выплате при наличии иных договоров страхования (полисов), помимо указанного ниже, по которым заявленное событие является страховым случаем.

Застрахованное лицо*

(заполняется в случае, если Заявитель НЕ является Застрахованным лицом, по которому происходит обращение) (ФИО, дата рождения)

Полис*

(указывается номер Полиса)

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ*

Дата события* __ __ . __ __ . __ __ __ __ Время события*

Последствия*:

☐ Смерть ☐ Травма / Временная утрата трудоспособности ☐ Госпитализация

☐ Инвалидность ☐ Диагностирование критического заболевания ☐ ИНОЕ

ПРИЧИНА НАСТУПЛЕНИЯ СОБЫТИЯ*

☐ В результате заболевания

☐ В результате несчастного случая ☐ ИНОЕ

Полный диагноз и дата его установления:

Описание обстоятельств произошедшего события*

* Поля, обязательные для заполнения.

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ ПО УКАЗАННЫМ РЕКВИЗИТАМ

ФИО Получателя*

Наименование Банка*

БИК

Лицевой счет Получателя*

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) ООО СК «Сбербанк страхование» (далее – Страховщик) (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 1, 1-й этаж, пом. 3) собственных персональных данных, а также данных Застрахованного лица, указанных в настоящем Заявлении, а именно: фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения, сведений о документе, удостоверяющем личность, адреса, номера мобильного телефона, адреса электронной почты, номера полиса страхования, сведений о событии, данных о состоянии здоровья, банковских реквизитов получателя, на совершение следующих действий: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и передача (предоставление, доступ) персональных данных в целях рассмотрения данного Заявления.

Я выражаю согласие, а также подтверждаю согласие Застрахованного лица на поручение обработки персональных данных Публичному акционерному обществу «Сбербанк России», адрес: 117312, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19 (далее – ПАО Сбербанк, Банк). Банку поручается осуществлять как автоматизированную, так и без использования средств автоматизации обработку персональных данных, указанных выше, с совершением следующих действий: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, исправление), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и передача (предоставление, доступ), в том числе в АО «Интеркомп» (119435, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, 2-й этаж, пом. Ia) в целях надлежащего исполнения Договора страхования.
Подтверждаю свое согласие, а также подтверждаю согласие Застрахованного лица на запрос и получение сведений, касающихся заявленного события, обладающего признаками страхового случая, у третьих лиц, включая федеральные государственные учреждения МСЭ, Фонды обязательного медицинского страхования (в т. ч. территориальные), работодателя, любые лечебно-профилактические или особого типа учреждения здравоохранения и/или частных врачей, у которых Застрахованное лицо проходило лечение, находится или находилось под наблюдением, сведений о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, любых сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, в МВД России, МЧС России, прокуратуру или иные компетентные органы власти, организации/учреждения/юридические лица, а также страховые компании, ПАО Сбербанк с целью выяснения обстоятельств наступления заявленного события, осуществления иных действий для исполнения Полиса страхования. Согласие действует на период действия Договора страхования, а также в течение 5 (пяти) лет после его прекращения или 5 (пяти) лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее). Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику.
Я также подтверждаю свое согласие на передачу информации в электронной форме уведомления (в том числе персональных данных) по открытым каналам связи информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на информационное сопровождение, в том числе посредством направления СМС-/голосовых сообщений, по почте, по электронной почте или с использованием иных средств электросвязи.

Подпись _____

Подписывая настоящее заявление, соглашаюсь с тем, что экземпляр Страховщика настоящего заявления, подписанный с использованием факсимильного воспроизведения моей подписи, является оригинальным образцом заявления.

Заявитель*

(ФИО)

Подпись _____ Дата заполнения __ __ . __ __ . __ __ __ __

* Поля, обязательные для заполнения.