СБЕР СТРАХОВАНИЕ

ООО СК «Сбербанк страхование», 121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 1, 1-й этаж, пом. 3, тел. для получения консультаций: 900, + 7 (495) 500-55-50, заявление можно направить через форму обратной связи на сайте sberbankins.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ С ПРИЗНАКАМИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ФИО Заявителя*

Статус Заявителя*

☐ Страхователь ☐ Застрахованное лицо ☐ Выгодоприобретатель ☐ Законный представитель

ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ ЗАЯВИТЕЛЯ*

Вид документа

Серия, номер

Дата выдачи* __ __ . __ __ . __ __ __ __

Орган, выдавший документ

Адрес регистрации / адрес проживания*

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)

СВЕДЕНИЯ О СОБЫТИИ*

Полис*

(указывается номер Полиса)

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

Время события*

Последствия*:

☐ Инвалидность I и/или II группы ☐ Травмы ☐ Временная нетрудоспособность

☐ Категория «ребенок-инвалид» ☐ Смерть ☐ ИНОЕ

Описание события (своими словами)*

СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ ПО УКАЗАННЫМ РЕКВИЗИТАМ

ФИО Получателя*

Наименование Банка*

БИК

Лицевой счет Получателя*

* Поля, обязательные для заполнения.

СБЕР СТРАХОВАНИЕ

Я предоставляю Согласие ООО СК «Сбербанк страхование» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3) (далее – Страховщик), на обработку моих персональных данных и персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь (если применимо): фамилии, имени, отчества (при наличии), адреса регистрации, номера мобильного телефона, адреса электронной почты, банковские реквизиты получателя.

Я согласен, что персональные данные, имеющиеся в отношении меня, фактически обрабатываются Страховщиком в составе и объеме, необходимом для предоставления мне страховых(ой) услуг(и), и применимых к цели обработки: исполнение и сопровождение договора страхования, в том числе проверка качества оказания услуг, оценка страховых случаев и осуществление страховых выплат, администрирование договоров страхования, предоставление мне информации о договоре страхования, сбор статистической информации и ее анализ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я даю Согласие на информационное сопровождение в рамках вышеуказанной цели по открытым каналам связи информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе посредством направления мне СМС-/push-/голосовых сообщений, по почте, по электронной почте или с использованием иных средств электросвязи. Даю согласие на получение уведомлений от Страховщика (в том числе юридически значимых сообщений, включая отказ в страховой выплате, запрос недостающих документов и т.д.) через мобильное приложение или электронную почту, указанную в настоящем заявлении, в рамках рассмотрения направленного мной настоящего Заявления.

Я подтверждаю, что Страховщик может осуществлять обработку указанных персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание (в целях сбора статистической информации и ее анализа), блокирование, удаление, уничтожение, поручение обработки другому лицу, проверку достоверности с указанными персональными данными, не противоречащих закону, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Я подтверждаю, что для достижения вышеуказанной цели Страховщик может передавать (предоставлять доступ, поручать обработку) персональные данные третьим лицам, сведения о которых размещены на сайте Страховщика **https://sberbankins.ru/upload/2024/doc/perechen-kompaniy-po-uregulirovaniyu-ubytkov.pdf**

Я уведомлен, что Страховщик, при необходимости, на основании п. 8 ст. 10 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», может получать документы и информацию, необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в государственных органах, включая МВД России, МЧС России, прокуратуре или иных компетентных органах власти, организациях/учреждениях/у юридических лиц, а также в страховых компаниях, в целях исполнения договора страхования вне зависимости от срока и/или периода страхования.

Я разрешаю, а также подтверждаю разрешение субъектов персональных данных, указанных при оформлении договора страхования любым врачам, медицинским учреждениям, лабораториям, организациям, государственным органам, страховым компаниям, фонду обязательного медицинского страхования, Социальному фонду России, бюро медико-социальной экспертизы, бюро судебно-медицинской экспертизы предоставлять должностным лицам Страховщика по их запросам сведения, составляющие врачебную тайну (в т.ч. в случае моей смерти/смерти субъектов персональных данных, указанных мной при оформлении договора страхования: о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии здоровья диагнозе, травмах, заболеваниях (состояниях), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, медицинской экспертизе, судебно-медицинской экспертизе, осмотре и освидетельствовании, включая копии медицинских и иных документов, содержащих перечисленные сведения в целях исполнения условий договора страхования.

Настоящее Согласие действует со дня его предоставления в течение срока действия договора страхования и последующие 5 (пять) лет после окончания срока его действия и может быть отозвано посредством направления Страховщику соответствующего заявления.

Мне разъяснено право отзыва своего Согласия посредством составления соответствующего заявления, которое направляется в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручается лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. Согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику.

С момента подписания настоящего Заявления предоставляю ООО СК «Сбербанк страхование» в отношении своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при наличии), номер банковского счета для списания/зачисления денежных средств, реквизиты электронных средств платежа (номер банковской карты),номер мобильного телефона) согласие на их обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) на совершение следующих действий: сбор (получение), запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передача (предоставление, доступ), в том числе передача Банку России, АО «Национальная система платежных карт», Банкам – участникам расчетов в Системе быстрых платежей и иным участникам расчетов Системы быстрых платежей, размещенным на сайте https://sbp.nspk.ru/, в целях осуществления выплаты страхового возмещения по страховому случаю с использованием Системы быстрых платежей в качестве альтернативного способа зачисления средств.

В случае, если я являюсь законным представителем несовершеннолетнего застрахованного лица (выгодоприобретателя), указанного в настоящем Заявлении, то, как его законный представитель, подтверждаю:

– свой отказ от предоставления Страховщику банковских реквизитов отдельного расчетного счета, открытого на имя указанного в настоящем Заявлении несовершеннолетнего застрахованного лица (выгодоприобретателя);

– свое обязательство вернуть Страховщику в полном объеме полученную в соответствии с настоящим Заявлением страховую выплату, причитающуюся несовершеннолетнему застрахованному лицу (выгодоприобретателю), если в связи с обращением других лиц с иском в суд или с заявлением к финансовому уполномоченному Страховщик будет обязан произвести повторную страховую выплату на расчетный счет в банке, открытый непосредственно на имя несовершеннолетнего застрахованного лица (выгодоприобретателя);

– что расчетный счет, реквизиты которого я представляю Страховщику для перечисления страхового возмещения в пользу указанного в настоящем Заявлении несовершеннолетнего застрахованного лица (выгодоприобретателя), не находится под арестом, в отношении этого расчетного счета отсутствуют документы о взыскании денежных сумм в рамках исполнительного производства, а также подтверждаю, что у меня отсутствует просроченная задолженность по кредитному договору в банке, в котором открыт указанный расчетный счет;

– отсутствие претензий к Страховщику в случае списания в банке полученной за указанного в настоящем Заявлении несовершеннолетнего застрахованного лица (выгодоприобретателя) страховой выплаты или ее части в счет погашения какой-либо моей задолженности.

В связи с изложенным, прошу произвести мне, как законному представителю, причитающуюся указанному в настоящем Заявлении несовершеннолетнему застрахованному лицу (выгодоприобретателю) страховую выплату на мои банковские реквизиты.

Подписывая настоящее заявление, соглашаюсь с тем, что экземпляр Страховщика настоящего заявления, подписанный с использованием факсимильного воспроизведения моей подписи, является оригинальным образцом заявления. Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю достоверность изложенных в нем сведений.

Заявитель* _____

(фамилия, имя, отчество)

Подпись _____ Дата заполнения ☐☐.☐☐.☐☐☐☐