

## Заявление на выплату страхового обеспечения № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.,

являясь (необходимое подчеркнуть) Застрахованным/ Выгодоприобретателем/ наследником  
Застрахованного по закону по Договору страхования от несчастных случаев/ несчастных случаев

и болезней № \_\_\_\_\_

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным (Ф.И.О):

дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.,

**Адрес:** Индекс: \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_  
край, область

\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
улица, дом, корпус, квартира

**Паспорт:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
серия и номер Дата выдачи Кем выдан

Событие произошло: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Описание события: \_\_\_\_\_  
(обязательная информация где, когда и как произошло, предварительный диагноз)

Прошу выплатить страховое обеспечение:

через кассу Страховщика;  на расчетный счет:

Р/с \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

К/с \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ лицевой счет \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. Застрахованного)

даю согласие СПАО «РЕСО-Гарантия» (именуемое в дальнейшем Страховщик), местонахождение: Российская Федерация, 125047, г. Москва, ул. Гашека, дом 12, строение 1, в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее – ПД) в целях осуществления договора страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.

Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и/или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, т.е. обрабатывать как без использования средств автоматизации, так и с применением таких средств, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту информацию в страховую компанию СПАО «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего заявления и действует в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. В случае, если действующим законодательством РФ в отдельных случаях установлен иной порядок отзыва согласия, применению подлежит порядок, определенный действующим законодательством РФ..

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)