В АО «Зетта Страхование»

|  |  |
| --- | --- |
|  **От** | *ФИО* |
|  |
| **Адрес**  |  |
|  |
| **Тел.** |  | **E-mail** |  |
|  |
| **Страховой полис (договор) №** |  |
|  |
| **Срок действия**  | **с** | / / 20 г | **по** | / / 20 г |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу выплатить страховое возмещение в связи с |  | . |
|  |
| О наступлении страхового события страховая организация уведомлена | **/ / 202 г.** |
|  |
| Застрахованное лицо | *ФИО и Идентификационный код Пациента* |
|  |
| Дата события |  |
|  |
| Обстоятельства | *подробное описание* |
|  |
| В результате страхового события причинен ущерб | *кому* |
|   |
| Характеристика повреждения и размер ущерба |
|  |
| *вред жизни или здоровью; имуществу* |
|   |
| Факт причинения ущерба установлен | *компетентная организация, установившая факт причинения ущерба* |
| Документ, подтверждающий факт причинения ущерба |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Страховое возмещение прошу:**перечислить на расчетный счет |
| Реквизиты для перечисления страхового возмещения: |
|  |
| **Получатель** |  |
|  |
| **ИНН**  |  | **КПП** |  |
|  |
| **Банк получателя** |  |
|  |
| **БИК** |  |
|  |
| **Рас./счет** |  |
|  |
| **Кор./счет** |  |

|  |
| --- |
| Настоящим выражаю свое согласие, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – ФЗ), Страховщику – АО «Зетта Страхование», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская наб., 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей, указанных в Заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования, включая персональные данные о состоянии здоровья, в целях надлежащего исполнения договора страхования и передачи риска в перестрахование. Гарантирую, что передача персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия. Также выражаю согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе передачу данных от Страховщика в пользу группы компаний Страховщика, включая, но не ограничиваясь компанией ООО «Зетта Страхование жизни», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская наб. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в Заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования, в целях исполнения договора страхования. Передача данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 10 лет после окончания действия договора (полиса) страхования. Настоящее согласие может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика, (2) разрешаю любому врачу (специалистам) поликлиники, больницы, бюро медико-социальной экспертизы или другим медицинским работникам из других медицинских учреждений, имеющих информацию о моей (Застрахованного лица) истории заболеваний, моем (Застрахованного лица) физическом и психологическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе предоставлять ее в случае необходимости АО «Зетта Страхование».  Я разрешаю АО «Зетта Страхование» использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием и для определения выплат. |
|  |  | **да** |  | **нет** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Страхователь** | *ФИО*  | *Подпись* |
|  |
| **/ /202 г.** |