В АО «Зетта Страхование»

|  |  |
| --- | --- |
|  **От** | *ФИО* |
|  |
| **Адрес**  |  |
|  |
| **Тел.** |  | **e-mail** |  |
|  |
| **Договор страхования №** |  |
|  |
| **Действующий** | **с** | **/ / 20 г** | **по** | **/ / 20 г** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| В связи с  |  |
|  |
| прошу рассмотреть настоящее заявление и принять решение по выплате страхового возмещения. |
|  |
| Дата события |  |
|   |
| Обстоятельства события |  |
|  |
| Размер причиненного материального ущерба |  |
|   |
|  |
|  |
| Документы, подтверждающие факт события и размер понесенного ущерба: |
|  |
| 1. |  |
|  |
| 2. |  |
|  |
| 3. |  |
|  |
| 4. |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **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 и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, включая персональные данные о состоянии здоровья, в целях надлежащего исполнения договора страхования, передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований в порядке, установленном действующим законодательством и для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. 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 и других документах, представленных при заключении договора (полиса) 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.** |  |