

Заявление на страховую выплату

Данные выгодоприобретателя

Я,		
Гражданство (при наличии второго указать)		
ИНН (при наличии)	Дата рождения	
Место рождения		
Адрес регистрации (с индексом)		
Адрес места жительства (при отличии; с индексом)		
Телефон	e-mail	
Документ, удостоверяющий личность	<input type="checkbox"/> Паспорт гражданина РФ	<input type="checkbox"/> Иной документ (дополнительно Вам необходимо заполнить анкету выгодоприобретателя)
Серия (при наличии) и номер		
Дата выдачи	Код подразделения	
Орган, выдавший документ		

Прошу произвести страховую выплату в связи с событием, произошедшим с застрахованным:

Ф. И. О. застрахованного
Дата рождения застрахованного

Настоящим заявлением:

- Разрешаю любому врачу медицинского учреждения, бюро медико-социальной экспертизы, Фонду обязательного медицинского страхования, имеющим информацию о моей или застрахованного истории заболевания, моем или застрахованного физическом и психическом 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, для принятия решения о страховой выплате.
- Подтверждаю, что все письма и уведомления, направляемые страховщиком в адрес заявителя/застрахованного/выгодоприобретателя считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов:
 - Почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату;
 - В виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату;
 - В виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или в заявлении на страховую выплату.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных заявителя/застрахованного/выгодоприобретателя выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет страховщик. Я проинформирован и согласен с тем, что выплата осуществляется после предоставления полного комплекта документов страховщику в сроки, не превышающие 10 рабочих дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

_____ Подпись заявителя

На основании договора/полиса страхования №

от

Дата события

Характер
произошедшего события

Травма

Заболевание

Инвалидность

Смерть

Диагноз

Описание события,
место события (адрес),
причина, обстоятельства
(заполняется в произвольной форме)

Медицинское учреждение, где застрахованному была оказана медицинская помощь

Первичная медицинская помощь
(наименование и адрес учреждения)

Стационарное лечение
(наименование и адрес учреждения)

Амбулаторное лечение
(наименование и адрес учреждения)

Было ли событие зафиксировано правоохранительными органами?

Да

Нет

Если да, укажите
наименование и адрес ОВД

Проводился ли тест на алкоголь? Да Нет

Результат теста на алкоголь

Заполняется в случае смерти застрахованного

Место смерти застрахованного Стационар Иное

Наименование учреждения
(в случае смерти в стационаре)

Адрес места смерти

Проводилось ли вскрытие? Да Нет

Если да, укажите наименование
и адрес учреждения

_____ Подпись заявителя

Выплату прошу произвести

Безналичным перечислением на расчетный счет (ниже указать реквизиты)

Реквизиты получателя

Ф. И. О. получателя

БИК банка

Расчетный (лицевой)
счет получателя

Зачислить в счет очередных платежей

Номер полиса

Сумма перевода

Номер полиса

Сумма перевода

Номер полиса

Сумма перевода

Настоящим выражаю свое согласие на обработку, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, **следующих персональных данных («Персональные данные»):** ФИО (на русском и английском языке), дата, год, месяц, место рождения, пол, паспортные данные (серия, номер общегражданского паспорта, дата выдачи, наименование органа, выдавшего общегражданский паспорт), информация о состоянии здоровья; контактные телефоны, адрес электронной почты; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, **оператору Персональных данных («Оператор») – Акционерное общество «Зетта Страхование»** с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30, в целях («Цели»): заключения и/или исполнения заключенного договора страхования, включая организацию оказания медицинских услуг*; направления запросов о предоставлении документов по заявленному убытку в адрес медицинских и иных организаций (в том числе на официальные электронные адреса данных организаций); осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования; проведения исследований мнения об обслуживании и страховых продуктах, в том числе исследований, направленных на улучшение качества страховых продуктов; передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований или иного урегулирования судебных споров в порядке, установленном действующим законодательством, выражаю свое согласие и разрешаю Оператору обрабатывать Персональные данные с помощью неавтоматизированных способов обработки Персональных данных, а также автоматизированных систем управления базами данных (СУБД) и иных программных средств, специально разработанных по поручению Оператора. Работа с СУБД будет осуществляться по предписанному Оператору алгоритму (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, блокирование, уничтожение). Я соглашаюсь с тем, что, если это необходимо для реализации Целей обработки Персональных данных, Оператор вправе поручить обработку Персональных данных третьим лицам, а именно: компаниям группы Оператора и контрагентам Оператора, указанным на сайте Оператора, при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности Персональных данных и безопасности Персональных данных при их обработке. При передаче указанных данных Оператор предупреждает лиц, получающих Персональные данные, о том, что эти данные являются конфиденциальными и могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требует от этих лиц соблюдения этого правила. Хранение Персональных данных осуществляется исключительно на территории Оператора. Требование об исключении или исправлении/дополнении неверных или неполных Персональных данных может быть подано в виде соответствующего письменного запроса в адрес Оператора. Настоящее Согласие на обработку Персональных данных действует со дня его подписания в течение 10 (Десяти) лет после окончания договорных отношений с Оператором либо до дня отзыва Согласия с правом Оператора продолжить обработку Персональных данных в установленных законодательством случаях. Настоящее Согласие может быть отозвано путем предоставления письменного заявления в адрес Оператора. Гарантирую, что передача персональных данных Застрахованных, Выгодоприобретателей, Получателей страховой выплаты в пользу Оператора происходит с их письменного согласия, которое обязуюсь предоставить Оператору по его требованию.

* Оказание медицинских услуг осуществляется только в рамках заключенного договора личного страхования.

Ф. И. О. заявителя

Подпись заявителя

Дата заполнения заявления