В АО «ДальЖАСО»

от _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

Адрес места жительства _____

Паспорт серия ☐☐ номер ☐☐☐☐☐☐ выдан ☐☐☐☐☐☐ г.

_____

(кем выдан)

контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ №
на выплату страхового обеспечения

Прошу выплатить причитающееся страховое обеспечение по Полису № _____

в связи со страховым случаем Травма ☐ Инвалидность ☐ Смерть ☐

Ф.И.О. Застрахованного (со мной) _____

Дата наступления страхового случая _____

Диагноз _____

_____

Обстоятельства наступления несчастного случая: _____

_____

_____

Выплату прошу произвести (выбрать один из перечисленных способов):

☐ Наличными из кассы ☐ На счет в банке (указать реквизиты)

Банк _____

Расчет. счет _____ Кор. счет _____

ИНН _____ БИК _____

№ личного счета Заявителя _____

Пользуясь правом, предоставленным ст.ст. 31 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1

я,_____

ФИО, год рождения Застрахованного/представителя Застрахованного

Разрешаю врачам медицинских учреждений (поликлиники, больницы, диспансеры и др.) предоставлять информацию о заболевании Застрахованного лица (о его характере, особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции и инвазивных диагностических процедурах, ожидаемых результатах и возможных последствиях, об осложнениях, о течении послеоперационного периода), а также любые другие сведения о состоянии здоровья штатному сотруднику Страховщика по письменному запросу.

Подписывая настоящее Заявление о страховой выплате, Заявитель подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Заявителя для осуществления страхования по Договору страхования, указанному в настоящем Заявлении, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Заявителя о продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Заявителя включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.) и/или в Заявлении о страховой выплате, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Заявитель предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования, указанному в Заявлении о страховой выплате, передавать персональные данные Заявителя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Подписывая настоящее Заявление о страховой выплате, Заявитель дает свое согласие на обработку персональных данных Заявителя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование) и/или подачи Заявления о страховой выплате. Согласие Заявителя на обработку персональных данных Заявителя действует в течение 20 лет (если иное не установлено соглашением Страховщика и Заявителя).

Заявитель вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Заявителя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), и/или урегулирования убытка по заявленному событию или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Заявителя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ окончания урегулирования заявленного убытка/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

«__»_____ 201__ г. **Подпись_____**

Заявление принял специалист_____

Расчет страхового обеспечения: _____

(заполняется сотрудником страховой компании)

_____