

В АО "СОГАЗ"

от _____,
проживающего по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____

контактный телефон _____
e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страховую выплату
(по программе "Страхование на случай невозможности совершения поездки")

В соответствии с "Правилами страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства" АО "СОГАЗ", "Дополнительными условиями № 2 к Правилам страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства" и договором страхования (страховым полисом) № _____ от "___" _____ 20__ г. прошу возместить убытки, понесенные вследствие невозможности совершения поездки.

1. Обстоятельства, не позволившие совершить поездку:

2. Общая сумма понесённых убытков (*цифрами и прописью*): _____

3. Реквизиты для перечисления суммы страховой выплаты:

Наименование банка: _____

Расчетный счет: _____

Корр. счет: _____

ИНН банка: _____

БИК: _____

Номер счета (20 знаков) или банковской карты (16 знаков) получателя платежа: _____

Ф.И.О. / наименование получателя платежа: _____

4. Приложения:

4.1. Договор страхования (страховой полис) № _____ от "___" _____ 20__ г.

4.2. Перечень документов, прилагаемых к настоящему Заявлению:

- а) _____
- б) _____
- в) _____
- г) _____
- д) _____
- е) _____
- ж) _____
- з) _____

_____ (подпись) (_____ (Ф.И.О.))

"___" _____ 20__ г.

Согласие на обработку специальных категорий персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу: _____
(адрес места жительства)

паспорт _____, выданный _____
(номер) (дата выдачи)

(место выдачи паспорта)

даю согласие оператору персональных данных: **АО «СОГАЗ»**

находящемуся по адресу: 107078, Москва, пр-т Ак. Сахарова, дом 10.
 на обработку моих персональных данных специальных категорий в целях:
 урегулирования убытков по страхованию рисков граждан, выезжающих за пределы постоянного места
 жительства

(цель обработки персональных данных)

Мои персональные данные специальных категорий, в отношении которых дается данное согласие, включают:
 фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности, контактный телефон, сведения о состоянии здоровья, диагнозе заболевания, банковские реквизиты.

(перечень специальных категории персональных данных, на обработку которых дается согласие)

Действия с моими персональными данными специальных категорий включают в себя:
 обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, получение моих персональных данных от партнеров Оператора.

(перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие)

обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом в многопользовательском режиме с передачей по сетям связи, используя сети связи общего пользования

(описание используемых оператором способов обработки персональных данных: автоматизированная / неавтоматизированная обработка, в однопользовательском / многопользовательском режиме, с передачей / без передачи по сетям связи, используя / не используя сети связи общего пользования)

Срок действия настоящего согласия: 5 лет.

Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

Для обработки персональных данных, содержащихся в данном согласии, дополнительного письменного разрешения их обладателя не требуется.

" _____ " _____ 20__ г. _____ (_____)