

В АО "СОГАЗ"

от _____,
проживающего по адресу: _____

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____

контактный телефон _____
e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ на страховую выплату

В соответствии с "Правилами страхования расходов граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства" АО "СОГАЗ" и договором страхования (страховым полисом) № _____ от "____" _____ 20__ г. прошу компенсировать понесённые расходы по оказанию
Застрахованному (Ф.И.О.) _____

медицинских и иных услуг в период его пребывания в поездке.

1. Период пребывания в поездке: с "____" _____ 20__ г. по "____" _____ 20__ г.
2. Страна пребывания, на территории которой произошло событие, имеющее признаки страхового случая _____
3. Обстоятельства, при которых произошло событие, имеющее признаки страхового случая:
- какое событие, где и когда произошло:

- дата обращения к врачу "____" _____ 20__ г.;
- дата обращения в Сервисную компанию "____" _____ 20__ г.;
- диагноз врача _____
- продолжительность лечения с "____" _____ 20__ г. по "____" _____ 20__ г.;

4. Перечень понесённых медицинских и иных расходов и их стоимости:

Указать:

- размер и целевое назначение произведённых расходов;
- какие из расходов и в каком размере компенсировались Сервисной компанией.

- а) _____
- б) _____
- в) _____
- г) _____
- д) _____

5. Общая сумма понесённых расходов (цифрами и прописью): _____

6. 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: _____

7. Факт наступления события, имеющего признаки страхового случая, обстоятельства, при которых оно произошло, его последствия, а также виды услуг и их стоимость подтверждаются документами, прилагаемыми к настоящему заявлению.

Приложение:

1. Договор страхования (страховой полис) № _____ от "____" _____ 20__ г.
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

_____ (подпись) (_____) (Ф.И.О.)

"____" _____ 20__ г.

ВНИМАНИЕ: Все поля формы являются обязательными для заполнения. Если Вы хотите оставить поле незаполненным – поставьте в нем прочерк.

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. _____ (_____)