

ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

По Страховому полису № от г.

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО (ЗАЯВИТЕЛЬ):

Ф.И.О. (полностью):

Дата рождения: г. СНИЛС (при наличии):

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа _____

серия, номер дата выдачи г.

кем выдан: _____

код подразделения:

Место рождения: _____ Страна рождения: _____

ВАЖНО! В целях улучшения качества обслуживания просим Вас указать номера телефонов и адрес электронной почты, по которым можно связаться для информирования и оперативного решения вопросов.

Мобильный телефон: () - -

Дополнительный контактный телефон: () - -

e-mail:

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания: _____

Адрес для направления корреспонденции: _____

Гражданство* (при наличии нескольких указать все): _____ ИНН РФ (при наличии):

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если «да», то указать страну: _____

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: Да Нет Другая страна: Да Нет

ИНН США: _____ ИНН (Другая страна): _____ Указать страну: _____

*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия, номер миграционной карты: _____ Дата начала и дата окончания срока пребывания: _____

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:
 наименование документа: _____ серия, номер _____
 Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Ф.И.О. (полностью):

Дата рождения: г.

ВИД ТРЕБУЕМОЙ ПОМОЩИ:

Проведение профилактического обследования («чек-ап») (обращение по Программе ДМС № 3 или по Программе № 4)

При диагностировании особо опасного заболевания:

- Предоставление второго экспертного медицинского мнения (обращение по Программе ДМС № 2)
- Организация лечения в связи с диагностирование особо опасного заболевания (обращение по Программе ДМС № 1)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

Настоящим от своего имени/от имени Заявителя, представителем которого я являюсь, даю согласие ООО СК «Сбербанк страхование жизни» (Страховщик), 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31Г на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, совершаемые с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации) персональных данных, указанных в настоящем заявлении, а также нижеперечисленных, в целях реализации процесса взаимодействия с субъектом персональных данных, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи; контроля и оценки качества обслуживания; изменения, исполнения, прекращения договора страхования: • возраст; • пол; • семейное положение; • страна проживания; • сведения о профессиональной занятости (в том числе сведения о статусе ИП, владении бизнесом); • сведения о состоянии здоровья, диспансерном учете (наблюдении) и образе жизни (в том числе о наличии опасных увлечений, занятии спортом, о заболеваниях и обращениях за медицинской помощью); • сведения о планах выехать за пределы Российской Федерации; • сведения о планах посетить места вооруженных конфликтов; • сведения о наличии инвалидности и оснований ее установления, наличии направления на МСЭ; • сведения о нахождении под следствием, привлечении к уголовной ответственности; • сведения о наличии несчастных случаев; • сведения о наличии договоров личного страхования и их условиях, а также страховых случаев по таким договорам; • сведения о финансовом положении и наличии иждивенцев; документы, подтверждающие наличие супруга и детей и их реквизиты; • банковские реквизиты; • персональные данные, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации.

Я даю согласие на поручение обработки, передачу персональных данных:

- ПАО Сбербанк (адрес: 119049, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) в части сбора и предоставления их ООО СК «Сбербанк страхование жизни» в целях принятия решения об исполнении договора страхования; в целях реализации процесса взаимодействия со мной, в том числе путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, по вопросам оказания и/или продвижения своих товаров (работ, услуг) и страховых услуг ООО СК «Сбербанк страхование жизни»;

- _____, адрес: _____, с которым заключен договор в связи с оказанием страховой услуги в целях исполнения договора страхования, в том числе принятия решения по страховому событию;

- иным третьим лицом, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Страховщика и/или получающим персональные данные на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (перестрахования, сострахования, возмездного оказания услуг (в т.ч. медицинских и иных услуг), об обеспечении конфиденциальности и безопасности и др.) в связи с оказанием страховой услуги для достижения следующих целей: • в целях контроля и оценки качества обслуживания; • в целях оказания услуг технической поддержки корпоративных систем Страховщика; • в целях изменения, прекращения договора страхования; • в целях исполнения договора страхования, в том числе, принятия решения по страховому событию.

Я даю согласие на осуществление трансграничной передачи персональных данных на территорию государств, обеспечивающих и не обеспечивающих адекватную защиту прав субъектов персональных данных, в целях: • перестрахования рисков в рамках исполнения, прекращения договора страхования, если такой был заключен; • взаимодействия с ассистанскими компаниями (сервисными компаниями) в рамках исполнения договора страхования, если такой был заключен.

Обработка персональных данных будет осуществляться ООО СК «Сбербанк страхование жизни» и третьими лицами исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Я даю свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование жизни» любыми медицинскими организациями (лечебно-профилактическими учреждениями, учреждениями здравоохранения особого типа), у которых я проходил лечение, нахожусь или находился под наблюдением, сведений о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья и диагнозе (прогнозе), иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении. Я согласен, что получение ООО СК «Сбербанк страхование жизни» сведений обо мне, в том числе составляющих врачебную тайну, может осуществляться в любом виде, в любой форме (в том числе в форме справок, актов, заключений, результатов обследований), в любое время, в том числе в случае своей смерти.

Я уведомлен(а) о необходимости незамедлительно сообщать ООО СК «Сбербанк страхование жизни» об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие действует:

- на период действия договора страхования и 5 лет с момента прекращения действия договора страхования, если оно не было отозвано путем представления письменного обращения за подписью субъекта персональных данных в ООО СК «Сбербанк страхование жизни» по адресу: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31Г с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе;
- при наступлении страхового случая на период 75 лет.

Я уведомлен(а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия ООО СК «Сбербанк страхование жизни» вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6, ч.2 ст.10 и ч.2 ст.11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва настоящего согласия ознакомлен(а).

Дополнительные заверения:

Подписывая настоящее Заявление подтверждаю следующее: • Заявитель не является публичным должностным лицом (в том числе: иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность члена Совета Директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенную в перечни должностей, определяемые Президентом РФ), а также супругом (-ой) и/или родственником такого публичного должностного лица. В ином случае Заявитель обязуется предоставить подтверждающие вышеназванные данные документы и / или сведения (в т.ч. об адресе работодателя, степени родства либо статусе по отношению к публичному должностному лицу (с учетом того, что применимо)). • Заявитель (Представитель) не имеет регистрации, места жительства / нахождения, счета в банке, зарегистрированном в государстве (на территории), которое (-ая) не выполняет рекомендации ФАТФ (Группа разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (The Financial Action Task Force, FATF)), Заявитель (Представитель) не является субъектом санкций Управления по контролю за иностранными активами Министерства финансов США и Европейского Союза. • Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на обработку информации, идентифицирующей Заявителя (Выгодоприобретателя) в качестве иностранного налогоплательщика. • Если далее в настоящем абзаце не проставлена соответствующая отметка, Заявитель (Выгодоприобретатель) подтверждает согласие на предоставление сведений о Заявителе (Представителе) в иностранный налоговый орган и (или) иностранным налоговым агентам в порядке и объеме, с учетом требований Федерального закона №173-ФЗ от 28.06.2014 «Об особенностях осуществления финансовых операций с иностранными гражданами и юридическими лицами, о внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ». Отметить при несогласии: не согласен. Согласие на передачу информации в иностранный налоговый орган является одновременно согласием на передачу такой информации в Банк России, Росфинмониторинг, ФНС РФ. • Бенефициарным владельцем (физическим лицом, которое имеет возможность контролировать действия клиента) является Заявитель. • Целью установления им деловых отношений со Страховщиком является получение страховой услуги на длительной основе. • Заявитель подтверждает, что вся указанная в Заявлении (в т.ч. приложениях к Заявлению) информация является полной и достоверной.



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)

ВАЖНО! Заполняется в обязательном порядке, если Заявление заполняет и подписывает Представитель вместо Заявителя.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (продолжение Заявления)

Ф.И.О. (полностью):

Дата рождения: г.

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа _____

серия, номер дата выдачи г.

кем выдан: _____

код подразделения:

Место рождения: _____

Страна рождения: _____

Мобильный телефон: - -

e-mail:

Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания: _____

Адрес для направления корреспонденции: _____

ИНН РФ (при наличии):

СНИЛС (при наличии):

Гражданство* (при наличии нескольких указать все): _____

Наличие вида на жительство в иностранном государстве: Да Нет Если «да», то указать страну: _____

Сведения о наличии статуса налогового резидента иностранного государства: США: Да Нет Другая страна: Да Нет

ИНН США: _____ ИНН (Другая страна): _____ Указать страну: _____

*Дополнительно для иностранных граждан и лиц без гражданства:

Серия, номер миграционной карты: _____ Дата начала и дата окончания срока пребывания: _____

Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ:

наименование документа: _____ серия, номер _____

Дата начала и дата окончания срока действия права пребывания (проживания) в РФ: _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (для Представителей): _____

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи, срок действия)



(подпись)

(фамилия, инициалы Заявителя)