В АО "СОГАЗ"

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес, контактный телефон)

(электронная почта)

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О)

🞎 Застрахованный (-ая)

🞎 Выгодоприобретатель

🞎 Наследник (-ца)

по договору страхования №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., прошу произвести страховую выплату, причитающуюся мне в связи с наступлением несчастного случая (заболевания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

🞎 во время исполнения трудовых обязанностей

🞎 по пути к месту исполнения трудовых обязанностей

🞎 по пути с места исполнения трудовых обязанностей

🞎 в быту

Дата и время наступления несчастного случая (заболевания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Описание произошедшего:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (что и при каких обстоятельствах произошло, диагноз)

**Для подтверждения факта наступления страхового случая и определения размера страховой выплаты прилагаю следующие документы:**

🞎 копию листка нетрудоспособности \_\_\_ штук

🞎 выписку из амбулаторной карты (справку мед. учреждения) \_\_\_ штук

🞎 копию справки МСЭК

🞎 др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Страховую выплату прошу произвести:**

🞎 на банковскую карточку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 на лицевой счет в банке № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Реквизиты банка:**

Наименование банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расч.счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Корр.счет № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

  (Подпись) (ФИО)

Приложение к Заявлению

**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 от несчастных случаев и болезней |
| (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 категорий 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  |