



**СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО**

Нагорный пр-д, д. 6, Москва, 117105  
т. (495) 730-3000, ф. (495) 956-2585  
e-mail: mail@reso.ru www.reso.ru

САО «РЕСО-Гарантия»

от:

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

*Индекс, край/область, город, улица, дом, корпус, квартира*

Паспорт: \_\_\_\_\_

*Серия*

*Номер*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.

*Дата выдачи*

*Код подразделения*

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Заявление на выплату страхового обеспечения**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

являясь (необходимое подчеркнуть) Застрахованным/ Выгодоприобретателем/ наследником по закону Застрахованного лица по Договору страхования

№ \_\_\_\_\_

сообщаю о событии, произошедшем с Застрахованным (Ф.И.О):

\_\_\_\_\_

Дата рождения Застрахованного \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ г.,

Дата события: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Описание события (информация где, когда и при каких обстоятельствах произошло, диагноз)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Прошу выплатить страховое обеспечение:

через кассу Страховщика

**ИЛИ**

перечислением на банковский счет по следующим реквизитам:

Наименование банка: \_\_\_\_\_

ИНН банка: \_\_\_\_\_

БИК: \_\_\_\_\_

№ счета получателя: \_\_\_\_\_

Корр. счет: \_\_\_\_\_

Получатель: \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,

даю согласие САО «РЕСО-Гарантия» (именуемому в дальнейшем Страховщик), местонахождение: Российская Федерация, 117105, г. Москва, Нагорный проезд, дом 6, в том числе работникам и представителям Страховщика, на обработку моих персональных данных (далее — ПД) в целях осуществления Договора страхования, в т.ч. в целях урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства РФ. Страховщик может осуществлять обработку моих ПД в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия.

Мои ПД, в том числе специальные ПД, включают: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные и /или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои ПД посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных, т.е. обрабатывать как без использования средств автоматизации, так и с применением таких средств, в том числе с целью оповещения меня об услугах и предложениях (акциях) Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои ПД, в том числе специальные ПД, в медицинские учреждения и перестраховщикам, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

На основании ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» разрешаю лечебному учреждению или врачу и любому другому учреждению, предприятию, имеющему какую-либо информацию о состоянии моего здоровья, сообщить эту информацию в страховую компанию САО «РЕСО-Гарантия», Страховщику даю разрешение запрашивать и получать медицинские сведения по фактам моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянию здоровья и диагнозах, и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего заявления и действует в течение действия Договора страхования, а также в течение 25 лет после прекращения его действия. Я знаю, что имею право в любой момент отозвать его посредством направления Страховщику письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. В случае, если действующим законодательством РФ в отдельных случаях установлен иной порядок отзыва согласия, применению подлежит порядок, определенный действующим законодательством РФ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)