

— Информация о событии, имеющем признаки страхового случая

Дата наступления события ДД.ММ.ГГ. . .

Отметить риск, в связи с наступлением которого подается заявление:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Травма | <input type="checkbox"/> Инвалидность I группы | <input type="checkbox"/> Смерть |
| <input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность | <input type="checkbox"/> Инвалидность II группы | <input type="checkbox"/> Хирургические операции |
| <input type="checkbox"/> Заболевание (Болезнь) | <input type="checkbox"/> Инвалидность III группы | <input type="checkbox"/> Иное |

Обстоятельства и причины события (подробно описать произошедшее событие):

— Банковские реквизиты получателя выплаты:

ФИО полностью	<input type="text"/>
Наименование банка	<input type="text"/>
Корр. счет банка получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
БИК банка получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Номер лицевого счета получателя	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

В соответствии с нормами и требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ:

«В целях исполнения договора страхования Я даю своё согласие на обработку персональных данных (далее - ПДн) Страховщику, а так же поручить АО "Боровицкое страховое общество", 119049, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Якиманка, ул. Мытная, д. 1, стр. 1, обработку моих персональных данных, а также иным обработчикам (далее - "Обработчик"), которые осуществляют обработку ПДн Страхователя / Застрахованного/ Выгодоприобретателя по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров/соглашений (установленного образца) в связи с предоставлением услуг и исполнением Страховщиком обязательств, согласно условиям Договора страхования. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие в вышеуказанных целях (с учетом того, что применимо): ФИО, пол, дата рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан и др.), ИНН (при наличии), данные миграционной карты, контактная информация (адрес места жительства, фактический адрес, номер телефона, адрес электронной почты), платежные реквизиты, иные персональные данные, содержащиеся в Договоре и/или других документах, которые переданы/будут переданы Страховщику в связи с оказанием страховой услуги, а также данные, которые обрабатываются со слов Страхователя. Перечень действий, которые осуществляются по поручению с согласия Страхователя, и общее описание способов обработки вышеуказанных ПДн: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, как с использованием средств автоматизации (вт. ч. программного обеспечения), так и без их использования (на материальных, вт. ч. бумажных, носителях). Перечисленные действия совершаются Обработчиками в целях исполнения договора страхования.»

«Я даю согласие на получение Страховщиком и Обработчиками сведений и/или документов, содержащих мои ПДн: (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации) в лечебно-профилактических и судебно-медицинских учреждениях/организациях любых форм организации и форм собственности, а также в органах и учреждениях МВД, МЧС, и иных правоохранительных структур РФ. Я согласен на получение Страховщиком сведений и/или документов (в т. ч. сведения о состоянии здоровья, составляющих врачебную тайну, согласно.3 ст.13 Федерального закона от 21. 11.2011г. № 323-ФЗ „Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации), связанных с наступлением страхового события и необходимых для решения вопроса о страховой выплате, следующими организациями:

- лечебно-профилактическими (в том числе больничными, амбулаторно поликлиническими учреждениями, диспансерами, учреждениями скорой помощи независимо от формы собственности, врачами частной практики) и особого типа (в том числе " центрами, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическими бюро) учреждениями здравоохранения информации о состоянии моего здоровья, в том числе справок и актов о подтверждении инвалидности, выписок (эпикризов) из медицинских карт (историй болезни), актов медицинского освидетельствования, актов вскрытия, направлений на медико-социальную экспертизу, заключений медико-социальной и судебно-медицинской экспертизы;
- работодателем, правоохранительными органами, органами ЗАГС, в том числе копий актов о несчастных случаях, копий протоколов происшествий, справок, постановлений, выписок из книг регистрации актов гражданского состояния;
- иными организациями и индивидуальными предпринимателями в соответствии с федеральным законодательством РФ.

Согласие на обработку моих ПДн Страховщиком и Обработчиками действует в течение срока действия Договора страхования, и ещё пять лет после его прекращения, а также истечения срока, необходимого для выполнения положений нормативных правовых актов РФ.

. .

Ф.И.О. Заявителя

Подпись Заявителя

Дата ДД.ММ.ГГ.