

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**О наступлении события (личное страхование) в ООО СК "ВТБ Страхование"**

**Данные по договору страхования**

Ипотека  ИС и болезни  
Договор страхования № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
срок действия с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Контактная информация**

**Страхователь:** \_\_\_\_\_  
*(заполняется русскими буквами по данным паспорта гражданина РФ)*

**Застрахованное лицо:** Фамилия: \_\_\_\_\_  
Имя: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_  
Указать Фактический почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Место работы (учебы): \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_  
конт.тел. : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Информация по событию**

Настоящим сообщая, что «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. произошло событие:

Телесное повреждение (травма) Застрахованного

Временная утрата трудоспособности Застрахованным, в результате:  несчастного случая  болезни

Госпитализация Застрахованного в результате:  несчастного случая  болезни

Критическое заболевание (смертельно-опасное заболевание) Застрахованного:  несчастного случая  болезни

Полная постоянная утрата трудоспособности с установлением инвалидности Застрахованного в результате:  несчастного случая  болезни

Постоянная утрата Застрахованным профессиональной трудоспособности (далее - "профессиональная нетрудоспособность") в результате:  несчастного случая  болезни

Смерть Застрахованного в результате:  несчастного случая  болезни

Возникновение у Выгодоприобретателя убытков в результате досрочного расторжения контракта (Потеря работы)

Возникновение убытков при использовании банковских карт

Защита счета

Защищенный процент  иное

Место события (точный адрес): \_\_\_\_\_

Подробное описание (причины) события: \_\_\_\_\_

По продукту "Защищенный процент" размер непредвиденных расходов составляет \_\_\_\_\_ руб., что равно или превышает размер рассчитанного процентного дохода по банковскому вкладу № \_\_\_\_\_ в банке "\_\_\_\_\_".

№ п/п	Наименование медицинского учреждения	Адрес	Ф.И.О. лечащего врача	Дата	
				обращение	оконч. лечения

Проводилось лечение:  Стационарное  Амбулаторное  Оперативное  Вытяжение  Гипсовая повязка

Установлен диагноз: \_\_\_\_\_

Причины несвоевременного обращения в страховую компанию: \_\_\_\_\_

*(заполняется, если заявление подается с нарушением сроков, установленных Правилами страхования)*

Я подтверждаю следующее: С условиями и порядком рассмотрения события, имеющего признаки страхового случая, ознакомлен и полностью согласен; все сообщенные мной в Заявлении сведения, необходимые для рассмотрения вышеуказанного события, соответствуют действительности на нижеуказанную дату; не возражаю против их проверки Страховщиком; обязуюсь незамедлительно уведомить Страховщика обо всех изменениях, а также о любых обстоятельствах, способных повлиять на увеличение размера ущерба; Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате; рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов.

Я уполномочиваю всех врачей, медицинских учреждений или иных лиц, имеющих информацию о заболевании Застрахованного или о несчастном случае, сообщить эти сведения в страховую компанию. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" от 08.07.2006 г., с целью выполнения Страховщиком условий договора страхования, урегулирования убытков, проверки качества оказания страховых услуг, администрирования Договора, своевременного информирования Вас о статусе договора, наличии задолженности по очередным страховым взносам, а так же новых услуг и продуктов Страховщика Обществу требуется Ваше согласие на обработку Ваших персональных данных.

Заявитель предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования, указанному в Заявлении о страховой выплате, передавать персональные данные Заявителя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть согласие с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных. Подписывая настоящее Заявление о страховой выплате, Заявитель, дает свое согласие на обработку персональных данных Заявителя в момент заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование) и/или подачи Заявления о страховой выплате. Согласие Заявителя на обработку персональных данных Заявителя действует в течение 10 лет (если иное не установлено соглашением Страховщика и Заявителя).

Заявитель вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Заявителя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), и/или урегулирования убытка по заявленному событию или отзыва согласия на обработку персональных данных Заявителя Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Заявителя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ окончания урегулирования заявленного убытка/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Подписывая настоящее заявление о выплате я даю согласие ООО «ВТБ Страхование» на осуществление (на срок 10 (десять) лет) любых действий (в том числе, сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование и уничтожение) в отношении моих персональных данных (Ф.И.О., дата рождения, телефонный номер), обрабатываемых автоматизированным и без использования таких средств способами, которые необходимы ООО «ВТБ Страхование» или ее филиалам для достижения следующих целей (не нужно вычеркивать): с целью получения СМС-сообщений, содержащих информацию о статусе урегулирования убытка по договору страхования, информирования о перечне документов, необходимых для получения страховой выплаты, напоминания об окончании срока действия договора страхования (для предложения пролонгации), напоминания о необходимости внесения платежа по договору страхования, уведомлений о регистрации заявок на заключение договора страхования, поздравлений с Днем рождения и с общероссийскими праздниками, оповещений о специальных акциях ООО «ВТБ Страхование». Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи соответствующего письменного заявления в ООО «ВТБ Страхование».

<b>Заявитель</b> _____ (Ф.И.О.) _____ _____ (Подпись) «____» _____ 20____ г.	<b>Заявление принял</b> _____ (должность) _____ (Ф.И.О.) _____ _____ (Подпись) «____» _____ 20____ г.
---	--