

Акционерное общество Страховая компания «Альянс»**Генеральному директору АО СК «Альянс»**

от _____

паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

проживающего (ей) по адресу: _____

Контактный телефон: _____

Заявление о выплате страхового возмещения**Раздел 1** (заполняется заявителем)

Прошу произвести выплату страхового возмещения по Договору/Полису № _____

Период страхования _____

Сумма расходов: _____

(суммы, указанные в счетах, в валюте счета)

Событие произошло с Застрахованным (ой) _____

_____ Дата рождения _____

Дата события _____ Страна _____

Даты начала и окончания запланированной поездки _____

Обстоятельства, приведшие к событию, имеющему признаки страхового случая:

Прилагаемые документы (копии не принимаются) _____

Обращались ли Вы в сервисную службу при возникновении страховой ситуации по телефонам, указанным в полисе в период нахождения за рубежом?

 ДА (укажите дату и номер досье) НЕТ

Хотите ли Вы получить копию страхового акта по электронной почте?

 ДА (укажите адрес электронной почты) НЕТ

Выплату прошу произвести: перечислением на лицевой счет

Название банка получателя _____

Название и номер отделения банка _____

БИК _____

ИНН _____

КПП _____

кор. счет _____

расчетный счет _____

№ лицевого счёта (№ карты) _____

Полные Ф.И.О. получателя _____

Раздел 2 (заполняется лицом, с которым произошло страховое событие)

Я, _____ (ФИО полностью) в целях рассмотрения настоящего заявления, принятия по нему решения и выплаты страхового возмещения даю согласие Страховщику поручить обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, номер телефона, паспортные данные, адрес электронной почты, банковские реквизиты, сведения о страховом событии) ООО «АВП РУС» (далее – «Сервисная служба»), юридический адрес: 127473, г. Москва, ул. Селезневская, д. 32.

С целью проверки достоверности сведений, сообщенных в заявлении и приложенных документах, и направления страхового акта по электронной почте (при наличии соответствующей отметки в разделе 1 заявления) я согласен (согласна) на перевод моих специальных персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, сведения о состоянии здоровья, адрес проживания, номер телефона, паспортные данные, адрес электронной почты, банковские реквизиты, сведения о страховом событии) в категорию общедоступных.

Обработка моих персональных данных Сервисной службой может включать в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в том числе трансграничную передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка моих персональных данных Сервисной службой может осуществляться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств.

Согласие на обработку моих персональных данных Страховщиком и Сервисной службой действует в течение срока действия настоящего Договора (полиса) страхования.

Мне известно, что настоящее согласие может быть отозвано мной по письменному заявлению. В случае отзыва настоящего согласия на основании федерального законодательства Страховщик вправе продолжить обработку моих персональных данных до даты прекращения Договора (полиса) страхования без моего согласия.

В соответствии с федеральным законодательством мои персональные данные подлежат хранению Страховщиком и Сервисной службой в течение пяти лет с момента прекращения настоящего Договора, после чего они будут уничтожены.

«___» _____ 201__ г. Подпись _____ / _____ (ФИО)