В САО "ВСК"

От _____

Дата рождения __ __ . __ __ . __ __ __ __ **г.**

Заявление
на страховую выплату по страхованию медицинских и иных расходов граждан, выезжающих с места постоянного проживания

Дата события __ __ . __ __ . __ __ __ __ г. **Размер возмещения** _____
(сумма в валюте цифрами)

Место события _____

Описание события _____

_____

_____

Обращение в Сервисную компанию: ☐ Да ☐ Нет

Причина необращения _____

Персональные данные заявителя:

Представленный документ: ☐ Паспорт ☐ Иной документ: _____

Серия __ __ __ __ № __ __ __ __ __ __ __ __ __ Дата выдачи __ __ . __ __ . __ __ __ __ г.

Кем выдан: _____

Адрес проживания: _____

_____ Телефон: _____

Причитающееся страховое возмещение прошу выплатить по следующим реквизитам:

Название банка (отделения банка) _____

ИНН банка __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ БИК банка __ __ __ __ __ __ __ __ __

Расчетный счет банка __

Корреспондентский счет банка __

Лицевой счет получателя __

Расчетный счет получателя __

Получатель _____

Приложения к заявлению:

1. Оригинал страхового полиса __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ от __ __ . __ __ . __ __ г.
2. Медицинское заключение _____
3. Медицинский счет _____
4. Рецепты врача _____
5. Чеки за купленные лекарства _____
6. Счета за такси _____
7. Счета за телефон _____
8. Другие документы _____

Все сведения, изложенные в Заявлении, являются достоверными, на их проверку согласен.

Настоящим даю разрешение САО "ВСК" на получение информации от любого врача, консультировавшего и(или) лечившего меня, а также от любой страховой компании в которую когда-либо было мое обращение.

Настоящим даю согласие САО "ВСК" на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу) обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, указанных в заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ "о персональных данных". Указанные данные предоставляются в целях исполнения обязательств, возникших вследствие наступления страхового случая.

Согласие предоставляется с момента подписания настоящего заявления и действительно в течение пяти лет после исполнения предусмотренных обязательств. Согласие может быть отозвано путем направления письменного заявления в САО "ВСК".

Заявитель _____ _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

"____"_____201__г.

Заявление принял _____ _____ _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

"____"_____201__г.