

Заявление на страховую выплату

Я _____

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Адрес электронной почты _____

Номер мобильного телефона _____

Номер полиса _____

Адрес для корреспонденции: _____

Я согласен (-на) получать запросы и уведомления о принятом решении по электронной почте ☐

Прошу Вас возместить мои расходы по случаю, произошедшему

со мной ☐

с моим ребёнком ☐

☐ с третьим лицом (я представитель по доверенности)

(ФИО ребенка/ третьего лица, с которым произошел случай)

Я гражданин РФ

☐ да ☐ нет ☐ да, есть гражданство/вид на жительство в других странах

Страна второго гражданства/вида на жительство: _____

Тип события: _____

Страна _____

Дата случая “__” _____ 20__ г.

Обращались ли Вы в Сервисную компанию:

ДА ☐ НЕТ ☐

Сроки поездки с “__” _____ 20__ г. по “__” _____ 20__ г.

Описание случая:

Сумма понесенных расходов:

☒ прошу перечислить причитающуюся мне страховую выплату по банковским реквизитам

Реквизиты для перечисления страховой выплаты

Банк получателя		
№ филиала		
ИНН		
БИК		
Кор. сч.		
Р/сч		
Л/сч		
Ф.И.О. получателя полностью		
Дата рождения получателя		
Данные национального паспорта получателя	серия, номер	
	дата выдачи	
Адрес электронной почты получателя		
Номер мобильного телефона получателя		

Я осведомлен и согласен, что указанные мной в настоящем Заявлении персональные данные будут обрабатываться АО «АльфаСтрахование», зарегистрированным по адресу: Россия, 115280, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Даниловский, пр-кт Лихачёва, д. 15, помещение 2/15 (далее по тексту – Страховщик), как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств с целью урегулирования убытков (в т.ч. для рассмотрения возможности предоставления страховой выплаты). Под обработкой персональных данных понимается следующий перечень действий в отношении персональных данных: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение.

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю достоверность указанной в настоящем Заявлении информации. В случае отсутствия всех или части данных, а именно: ИНН, серии и номера паспорта, адреса электронной почты и номера контактного телефона, - прошу считать этот факт как отказ предоставлять указанную информацию, запрошенную в том числе с целью надлежащего оформления АО «АльфаСтрахование» документа, подтверждающего выплату страхового возмещения, как того требует Федеральный закон от 22 мая 2003 г. N 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации».

Срок обработки персональных данных устанавливается в течение пяти лет с даты подписания настоящего Заявления, если иное не установлено законодательством РФ. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент времени путем направления письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных в адрес Страховщика.

“ ____ ” _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____