

Штамп с входящим номером

От: ФИО полностью Константинопольского Константина
Константиновича

Проживающего по адресу: г. Москва, ул. Пушкина, дом 2, корпус 2, кв. 110

Паспорт: Серия 4500 Номер 1234567

Выдан: Отделением УФМС России по гор. Москве
по району Ховрино
Код подразделения: 770-027
Дата выдачи: 10.02.2011

Дата рождения: 21.11.1980

Место рождения: г. Москва

Контакты: Телефон +7 (903) 123-45-67
E-mail kostkost001@gmail.com

Я даю согласие на получение запросов и уведомлений о принятом решении по электронной почте

Да Нет

**Заявление на получение страхового возмещения / анкета физического лица
«Несчастный случай»**

Страховой полис Номер E1000-301296977 Дата выдачи 08.06.2023

Застрахованный ФИО полностью Константинопольский Константин Константинович

Дата рождения

Страховой случай

Страна Турция

Дата 18.06.2023

Обстоятельства Краткое описание произошедшего события Я включил стеклянный электрический чайник. Когда он закипел и выключился, я его поднял, но он лопнул в руках, и кипятик с осколками попал мне на ноги. Я сразу вызвал скорую, и меня увезли в больницу.

Диагноз Причины обращения к врачу Термический ожог кипятком III степени обеих стоп. Множественные поверхностные резаные раны нижних конечностей.

К настоящему заявлению прилагаются следующие документы

Для финансовых документов укажите назначение платежа и стоимость услуги.

1. Страховой полис Филиала ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование/ информация по страхованию № _____
2. Копия паспорта гражданина Российской Федерации (первая страница и прописка)
3. Копия заграничного паспорта с отметкой о пересечении границы
4. Заключение врача
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Дополнительно сообщаю

Прошу произвести страховую выплату по следующим реквизитам:

Важно!

1. Реквизиты обязательны для заполнения!
2. Все передаваемые в адрес Страховщика документы на иностранном языке (кроме английского или немецкого) должны быть переведены на русский язык в бюро переводов.

Получатель	Константинопольский Константин Константинович			
ИНН получателя <small>при наличии</small>	123456789012			
Банковские реквизиты	Банк получателя		ИНН Банка	
	БИК		Корреспондентский счет	
	Расчетный счет		Лицевой счет	

Сообщенные мною сведения являются достоверными и полными. Разрешаю любому медицинскому учреждению, страховым компаниям, иным государственным и негосударственным организациям, в которые я обращался, и врачам, проводившим обследование и лечение, предоставить страховой компании по ее запросу необходимую полную информацию о состоянии моего здоровья.

Страховщиком могут быть запрошены дополнительные документы, необходимые для решения вопроса о страховой выплате. Я предупрежден, что рассмотрение заявления начнется после предоставления всех обязательных документов согласно перечню.

- Я даю согласие на обработку персональных данных (далее – ПД), которые включают: все вместе и каждая в отдельности, персональные данные, относящиеся к Заявителю/Застрахованному и/или Выгодоприобретателю в заявлении и документах к нему. Субъекты ПД подтверждают свое согласие Филиалу ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование, расположенному по адресу: 119049, г. Москва, пер. 4-й Добрынинский, д. 8, помещ. С 14-1, ком. 21-26, на обработку персональных данных Заявителя/Застрахованного и/или Выгодоприобретателя (фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, пол, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и проживания, телефон, электронную почту, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и случаях обращения в медицинские учреждения), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными субъектов ПД, с учетом действующего законодательства. Указанные действия могут производиться Страховщиком с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка) и без использования таких средств (неавтоматизированная обработка). Настоящее согласие дано в момент подписания настоящего Заявления и действует не менее 5 (пяти) лет с даты прекращения Договора (в т. ч. при его расторжении).
- Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч.3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», до начала обработки моих ПД Филиал ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование предоставил мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД (осуществление страхования в Филиале ООО РСО «ЕВРОИНС» Туристическое Страхование) и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Согласен на получение рассылки: Да Нет

Дата

Подпись

Расшифровка