

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ:*

Страхователь

Выгодоприобретатель

Представитель

(указывается фамилия, имя, отчество/наименование организации)

Дата рождения:*

Место рождения:

**Адрес фактического проживания
(для корреспонденции):***

Телефон:*

Доп. телефон:

E-mail:

**Документ, удостоверяющий
личность:***

Серия и номер*

Кем выдан*

Дата выдачи*

**Код
подразделения**

* Поля, отмеченные "**", обязательны к заполнению

ЗАЯВЛЕНИЕ НА РАСТОРЖЕНИЕ/ВОЗВРАТ ОШИБОЧНО ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОДУКТАМ СТРАХОВАНИЯ ИМУЩЕСТВА

НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ ПРОШУ

РАСТОРГНУТЬ ДОГОВОР/ПОЛИС СТРАХОВАНИЯ

от

(серия и номер Договора/Полиса)

(дата оплаты страховой премии)

В СВЯЗИ С

(указать причину расторжения)

**ПРОШУ ВЕРНУТЬ ОШИБОЧНО ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ /
ИЗЛИШНЕ УПЛАЧЕННЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА**

ДАТА ПЛАТЕЖА

В РАЗМЕРЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

–

–

–

Настоящим подтверждаю отсутствие событий, имеющих признаки страхового случая на дату подачи заявления

ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ ПО УКАЗАННЫМ РЕКВИЗИТАМ:

ФИО Получателя		
Банковские реквизиты	Банк	
	ИНН	
	БИК	
	Кор. счет Банка	
	Расчетный счет или лицевой счет Получателя	

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ (продолжение Заявления)

1. Подписывая настоящую Декларацию Заявитель, выражает свое согласие на предоставление ООО СК «Сбербанк страхование» (121170, г. Москва, ул. Поклонная, дом 3, корп. 1, 1 этаж, пом. 3) (далее - "Страховщик") и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19) на обработку своих персональных данных, а также персональных данных субъекта, чьи интересы он представляет (если заявитель является Представителем) (далее каждый в равной степени именуется «субъект персональных данных» или «субъект ПДн»), на следующих условиях (далее – «согласие»):

2.1. Перечень ПДн, на обработку которых дается согласие (с учетом того, что применимо), и источник их получения: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (наименование, серия, номер, кем и когда выдан); контактная информация (например, адреса; номер телефонов, e-mail); ИНН (при его наличии); банковские реквизиты; семейное положение; иные ПДн, предоставленные заявителем или полученные Страховщиком от иного лица в ходе и в связи с рассмотрением заявленного события .

2.2. Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»): i) заключение, исполнение, изменение, прекращение договора страхования (оказание страховой услуги), в т.ч. получение страховой выплаты, в связи с наступлением страхового случая по договору страхования (если полагается); ii) перестрахование Страховщиком рисков, принятых (планируемых к принятию) по договору личного страхования, а также осуществление переговоров с перестраховщиком(ами), заключение, исполнение, изменение, прекращение соответствующего(их) договора(ов) перестрахования; iii) продвижение Страховщиком своих услуг на рынке путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, а также информационное сопровождение в связи с оказанием страховой услуги (в т.ч. для смс-рассылок); iv) для предусмотренных законом целей, а также для осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Страховщика функций, полномочий и обязанностей; v) для целей осуществления прав и законных интересов Страховщика; vi) заключение, исполнение, изменение, прекращение сделок между Страховщиком и Обработчиками (как они определены ниже); vii) контроль и оценка качества предоставляемой страховой услуги по всем вопросам ее предоставления; viii) иные цели обработки ПДн, заявленные субъекту ПДн.

2.3. Согласие предоставляется Страховщику на обработку им ПДн, а также на передачу ПДн и поручение обработки ПДн обработчикам. При этом к обработчикам относятся ПАО Сбербанк (ОГРН:1027700132195), адрес места нахождения: г. Москва (117997, Москва, ул. Вавилова,19), АО «Интеркомп» (121357, г. Москва, ул. Вере́йская, д.29, стр.33, этаж 4, комната 27), страховые агенты, представители и партнеры, осуществляющие обработку ПДн по поручению Страховщика на основании заключенных с этими лицами договоров / соглашений (агентские, договоры о сотрудничестве, возмездного оказания услуг, хранения, обеспечении конфиденциальности и безопасности, перестрахования и др.) в целях и / или в связи с оказанием страховой услуги (далее и выше по тексту – «Обработчики»). Перечень действий с ПДн и общее описание используемых способов обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПДн; ПДн будут обрабатываться с использованием различных сочетаний средств автоматизации и неавтоматизированных средств обработки (смешанная обработка). Перечень обработчиков, не указанных в настоящем документе, указан на официальном сайте Страховщика по адресу: <https://sber.insure/>

2.4. Согласие действует на период действия договора страхования, а также в течение пяти лет после его прекращения или пяти лет после принятия Страховщиком решения по настоящему Заявлению (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее).

2.5. Согласие может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Если Заявителем ранее уже было предоставлено согласие по аналогичным вопросам, Заявитель просит считать настоящее согласие дополняющим/уточняющим/подтверждающим первоначальный документ, но не заменяющим его.

Дополнительные заверения:

Подписывая настоящее Заявление подтверждает следующее: · Заявитель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, либо не является супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой, внуком, внучкой), полнородным и неполнородным (имеющим общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным) иностранного публичного должностного лица, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность РФ, должность членов Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение и освобождение от которой осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственной корпорации и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ.

Отметить при несогласии:

не согласен

Подписывая настоящее заявление соглашаюсь с тем, что экземпляр Страховщика настоящего заявления подписанный с использованием факсимильного воспроизведения моей подписи, является оригинальным образцом заявления.

Заявитель:

[Redacted]

(фамилия, имя, отчество)

[Redacted]

(подпись)

[Redacted]

(дата заполнения)