

В ООО СК «Сбербанк страхование»  
121170, г. Москва, ул. Поклонная, д. 3, корп. 1,  
1 этаж, пом. 3, тел. 8-800-555-555-7

<b>СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ*:</b>	<input type="checkbox"/> Страхователь	<input type="checkbox"/> Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> Потерпевший
	<input type="text"/> (указывается фамилия, имя, отчество/наименование организации)		
Дата рождения*	<input type="text"/>		
Место рождения	<input type="text"/>		
Адрес фактического проживания*	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Телефон*	+7 ( )	доп. телефон	+7 ( )
E-mail*	<input type="text"/>		
Документ, удостоверяющий личность*	<input type="text"/>	Серия*	Номер*
Кем выдан	<input type="text"/>		
Код подразделения	<input type="text"/>	Дата выдачи*	. .

\*Поля, отмеченные «\*», обязательны к заполнению.

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ

**НАСТОЯЩИМ ЗАЯВЛЕНИЕМ ПРОШУ ПО ДОГОВОРУ/ПОЛИСУ СТРАХОВАНИЯ**

<input type="text"/>	от	<input type="text"/>
(серия и номер Договора/Полиса)		(дата оплаты страховой премии)

**ИЗГОТОВИТЬ ДУБЛИКАТ**   
(наименование документа)

**ВНЕСТИ ИЗМЕНЕНИЯ**   
(наименование документа)

<b>ИЗМЕНЯЕМОЕ ПОЛЕ</b>	<b>СВЕДЕНИЯ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЯ</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ПРИЛОЖЕНИЕ. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:**

- 
- 
- 
-

**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»):
  - 1.1 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.
  - 1.2 Цели обработки персональных данных (далее также «ПДн»):
    - i) изменение (корректировка) персональных данных в договоре страхования;
    - ii) перестрахование Страховщиком рисков, принятых (планируемых к принятию) по договору личного страхования (если соответствующий риск предусмотрен договором 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.
  - 1.3 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» (119435, Россия, г. Москва, муниципальный округ Хамовники вн.тер.г., Большой Саввинский пер., д. 12, стр. 6, этаж 2, помещ. 1а), 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 в договоре страхования.
  - 1.4 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).
  - 1.5 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.
2. Подписывая настоящую Декларацию, Заявитель подтверждает:
  - 2.1. свое согласие заключить соответствующее дополнительное соглашение к Полису с использованием факсимильного отображения подписи и печати Страховщика;
  - 2.2. что передача дополнительного соглашения, подписанного с использованием факсимильного отображения подписи и печати Страховщика, осуществляется на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Полисе;
  - 2.3. что согласием Страхователя заключить соответствующее дополнительное соглашение к Полису на предложенных Страховщиком условиях (акцентом), будет считаться принятие Страхователем соответствующего дополнительного соглашения, если оплата премии по нему не предусмотрена (при этом подтверждением принятия дополнительного соглашения является отсутствие направления Страхователем письменного мотивированного отказа от Соглашения на адрес электронной почты Страховщика service\_sb@sberins.ru, в течение 1 (одного) рабочего дня с даты поступления дополнительного соглашения от Страховщика) или оплата Страхователем страховой премии, предусмотренной дополнительным соглашением, в установленные в нем размере и срок.

Отметить при несогласии:  не согласен

**Дополнительные заверения:**

Подписывая настоящее Заявление Заявитель подтверждает следующее: Заявитель не является иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, не является супругом, близким родственником (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, бабушкой, дедушкой, 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.

При несогласии указать:

Наименование и адрес работодателя:

Занимаемая должность:  Являюсь родственником иностранного публичного должностного лица:

Занимаемая родственником должность:  Степень родства:

Заявитель заявляет, что вся указанная в Заявлении (в т. ч. приложениях к Заявлению) информация является полной и достоверной. Подписывая настоящее заявление соглашаюсь с тем, что экземпляр Страховщика настоящего заявления подписанный с использованием факсимильного воспроизведения моей подписи, является оригинальным образцом заявления.

Заявитель

(фамилия, имя, отчество Заявителя или его Представителя (если Заявителем является Представитель, указать реквизиты документа, предоставляющего ему такие полномочия))

Подпись

Дата заполнения

\* Данный документ является типовой формой. Страховщик вправе вносить в типовую форму и текст образца изменения и/или дополнения в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.