

Информацию по вопросам предоставления документов для расторжения/внесения изменений в договор страхования Вы можете получить, позвонив в страховую компанию (наименование страховой компании указано в вашем страховом полисе):
ООО СК «Сбербанк страхование» тел.: 8-800 555 555 7 сайт: www.sberbankins.ru

В ООО СК «Сбербанк страхование»**От Страхователя**

(обязательно)

*(ФИО Страхователя/Выгодоприобретателя)***Адрес
регистрации**
(обязательно)*(населенный пункт)**(улица)**(дом)**(корпус)**(квартира)*

Документ, удостоверяющий личность (для ФЛ):

Серия паспорта

(обязательно)

№ паспорта

(обязательно)

Кем и когда выдан

(обязательно)

Дата рождения

(обязательно)

ФИО Представителя и документ на основании которого он действует:

Телефон**Дополнительный
телефон****E-mail****Договор
страхования №**

от

*(указывается обязательно)***ЗАЯВЛЕНИЕ***Выберите необходимое:***ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДОГОВОР (ПОЛИС) СТРАХОВАНИЯ**

Прошу учитывать информацию при исполнении Договора страхования

Прежние данные (до изменения)	Новые данные (с изменениями)
<input type="text"/>	<input type="text"/>



РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА (ПОЛИСА) СТРАХОВАНИЯ

Прошу расторгнуть договор страхования в связи с:

В случае если в соответствии с действующим законодательством или условиями Договора Страхователь имеет право на возврат части страховой премии в связи с отказом от исполнения Договора, то часть страховой премии по Договору прошу перечислить по следующим реквизитам (1):

Получатель:

Наименование
банка:

БИК:

ИНН банка:

Расчетный счет банка (2):

Корсчет банка:

Расчетный счет Получателя:
или

№ пластиковой карты

Получателя:

¹ Обязательны к заполнению полное наименование банка, БИК и рублевый лицевой счет страхователя

² Расчетный счет банка обязательно заполняется, если указан только № пластиковой карты, а также, если Лицевой счет заявителя указывается в назначении платежа, например, для региональных отделений Сбербанка.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон), подтверждаю свое согласие на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) ООО СК «Сбербанк страхование» (115093, г. Москва, ул. Павловская, д. 7) и ПАО Сбербанк (117997, г. Москва, ул. Вавилова, д. 19), собственных персональных данных (в том числе биометрических персональных данных, включая фотоизображение), указанных в Договоре/Полисе страхования (в том числе о состоянии здоровья), а также сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу, уничтожение указанных персональных данных в целях надлежащего исполнения Договора/Полиса страхования и перестрахования, участия в маркетинговых, рекламных акциях ООО СК «Сбербанк страхование», ПАО Сбербанк и исследованиях с информационным сопровождением, в том числе посредством направления смс/голосовых – сообщений, по почте, по электронной почте или с использованием иных средств электросвязи.

- свое согласие на запрос и получение сведений, касающихся заявленного события, обладающего признаками страхового, у третьих лиц, включая МВД России, МЧС России, прокуратуру или иные компетентные органы власти, организации / учреждения / юридические лица, а также страховые компании, ПАО Сбербанк с целью выяснения обстоятельств наступления заявленного события, осуществления иных действий для исполнения Договора/Полиса страхования. Данное согласие дано на срок действия настоящего Договора/Полиса и на последующие 5 (пять) лет после окончания срока действия Договора/Полиса и может быть отозвано посредством направления в ООО СК «Сбербанк страхование» соответствующего письменного уведомления.

Страхователь:

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

(дата заполнения: дд.мм.гггг)