



СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Общество с ограниченной ответственностью
Страховая Компания «Гелиос»
ИНН 7705513090 КПП 231001001
ОГРН 1047705036939 ОКПО 17752359
350015, Краснодар, Новокузнецкая, 40, оф. 68
8 800 1 007 007 +7 (861) 212-64-10
COMPANY@SKGELIOS.RU SKGELIOS.RU

В ООО Страховую Компанию «Гелиос»
От _____

Паспорт серии _____ № _____

Выдан _____

Адрес (факт.): _____

Телефон: _____

e-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выплате страхового обеспечения / возмещения по риску «Невозможность
совершить поездку»**

Договор /Полис страхования: № _____ от _____.____.20__

Страхователь: _____

Застрахованное лицо: _____

Дата рождения Застрахованного: _____

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

являясь (верное отметить):

- Страхователем;
- Застрахованным лицом;
- Законным представителем Застрахованного лица;
- наследником Выгодоприобретателя по Договору страхования;
- Выгодоприобретателем по Договору страхования

прошу произвести выплату страхового возмещения /обеспечения по Договору /Полису
страхования в связи с произошедшим « ____ » _____ 20__ г. событием,
(указать дату события)

имеющим признаки страхового случая.

Информация о страховом случае:

Даты планируемой поездки _____

страна, в которую должны были совершить поездку _____

Причина, по которой не смогли совершить поездку _____

Степень родства (если заболел близкий родственник) _____

Дата, когда стало известно о невозможности совершить поездку _____

**Достоверность сообщенных мною сведений в настоящем Заявлении
подтверждаю.**

Выплату страхового возмещения/ обеспечения прошу произвести путем перечисления
денежных средств на счет:

Я, _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

являясь (верное отметить):

- Страхователем;
- Застрахованным лицом;
- Законным представителем Застрахованного лица;
- наследником Выгодоприобретателя по Договору страхования;
- Выгодоприобретателем по Договору страхования

(Ф.И.О. Застрахованного лица, дата рождения)

Настоящим Заявлением даю разрешение ООО Страховой Компании «Гелиос» на проверку представленных мной документов, а также на получение от моего имени в правоохранительных органах, в органах записи актов гражданского состояния, федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, Страховых Компаниях, Фондах обязательного медицинского страхования (в т.ч. территориальных), любых лечебно-профилактических или особого типа учреждений здравоохранения и (или) частных врачей, у которых застрахованное лицо проходит и (или) проходило лечение, находится и (или) находилось под наблюдением, сведений о факте обращения застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, о состоянии здоровья и диагнозе застрахованного лица, иных сведений, полученных при медицинских обследованиях и лечении, в том числе включая право получать оригиналы и заверенные копии выписок из амбулаторных и стационарных карт, собирать любую иную информацию, касающуюся событий, обладающих признаками страхового случая и произошедших в течение срока действия Договора/Полиса. При этом врачи, иные должностные лица вышеуказанных учреждений и партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении данных о состоянии здоровья, заболеваниях, диагнозах и о случаях обращения в медицинские учреждения за медицинской помощью.

Я уполномочиваю любое вышеуказанное учреждение и (или) врача, лиц иных компетентных учреждений (органов записи актов гражданского состояния, Бюро СМЭ, учреждений МВД и т.д.) владеющих записями о моем здоровье, передавать Страховщику по его запросу любую информацию, включая первичную медицинскую документацию, если вопрос связан с рассмотрением Страховщиком заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

Подписывая настоящее Заявление, я выражаю своё согласие на осуществление обработки (сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе – передачи), обезличивания, блокирования и уничтожения), в том числе – автоматизированного, своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие дается на обработку персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, включение персональных данных в клиентскую базу данных Страховщика для осуществления информационного сопровождения, информационных рассылок, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в целях осуществления деятельности по страхованию. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика в целях оказания услуг или хранения базы данных Страховщика в соответствии с требованиями законодательства

