

Актуализация контактной информации страхователя

Дата приема заявления « _____ » _____ 20__ г. ФИО сотрудника _____

Отдел сопровождения Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись _____

Страховой полис/договор* № _____

Страхователь: от « _____ » _____ 20__ г.

Фамилия* _____

Имя* _____ Отчество* _____

Прошу внести следующие изменения в Договор страхования:

Изменить адрес Страхователя для корреспонденции

Индекс _____

Область / Край / Республика / Автономный округ _____

Район _____

Город / Населенный пункт _____

Улица _____

Дом _____ Корпус / Строение _____ Квартира _____

Изменить контактные данные Страхователя

Тел. мобильный* 8 - _____

E-mail* _____ @ _____ Телефон* 8 - _____

Я, Страхователь, подтверждаю свое согласие ООО «СК «РГС-Жизнь» (Страховщик) и лицам, действующим по его поручению, на обработку, в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу перестраховочным компаниям, организациям, оказывающим ассистанские и иные услуги, в том числе и трансграничную передачу, в страны как обеспечивающие адекватную защиту персональных данных, так и не обеспечивающие такую, обезличивание, блокирование, уничтожение любым, не противоречащим российскому законодательству способом, как с и использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств, всех моих персональных данных указанных в настоящем заявлении или полученных Страховщиком иным законным способом, в том числе данных о состоянии моего здоровья, в целях заключения и исполнения Договора страхования, включая его перестрахование, урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, формирования статистики и систематизации данных, оказания Застрахованному лицу информационно-организационного содействия в получении доступа к системе специализированной медицинской помощи, а также в целях предоставления мне с помощью средств электронной связи - телефону, факсу, мобильной связи, электронной почте, указанных в настоящем заявлении, СМС-сообщений, уведомлений и т.д., информации, связанной с исполнением Договора страхования, и о продуктах, услугах, специальных акциях Страховщика и его партнёров, а так же компаний системы «Росгосстрах» и их партнёров. Данное согласие дается мной на срок действия Договора страхования и на 5 лет после окончания срока его действия и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику письменного уведомления.

Страхователь* _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Агент _____ / _____
подпись _____ ФИО _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Примечание: Знаком "*" помечаны поля, обязательные для заполнения.