

## Актуализация контактной информации страхователя

Дата приема заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. ФИО сотрудника \_\_\_\_\_

Отдел сопровождения  Офис продаж (только штатным сотрудником) Подпись \_\_\_\_\_

Страховой полис/договор\* №

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страхователь:

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 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 партнеров. 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.