

## Заявление о подключении / отключении Кабинета Клиента РГС-Жизнь

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**

**Тел. мобильный** 8 -

**E-mail**  @       **Телефон** 8 -

Прошу подключить мне Кабинет Клиента\*\*

Прошу отключить Кабинет Клиента

\* Указывается номер одного из действующих договоров страхования жизни.

\*\* Я предупрежден (-на) о том, что несу личную ответственность за сохранность своего логина и пароля для доступа в систему «Кабинет клиента».

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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
подпись      ФИО

Агент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
подпись      ФИО